

CERTIFICAT MÉDICAL

DE NON-CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE D'ÉPREUVES SPORTIVES EN COMPÉTITION

Je, soussigné(e)

Docteur en médecine, demeurant.....

Certifie avoir examiné.....

Né(e) le.....

Selon examen de l'état de santé de mon patient à ce jour, je n'émetts aucune contre-indication à la pratique DES SPORTS suivants en compétition (BARRER la ou les épreuves CONTRE-INDIQUÉES).

Basketball
Cross/Marche
Duathlon
Football Masculin
Golf (Licence obligatoire)
Handball
Natation
Squash
Tennis
Trail
VTT (Compétition)

Fait à :, le

Cachet + Signature du médecin :

