

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'ÉMETS AUCUNE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DES SPORTS SUIVANTS EN COMPÉTITION (BARRER LA OU LES ÉPREUVES CONTRE-INDIQUÉES).

Basketball
Cross
Run & Bike
Football
Golf (Licence obligatoire)
Run & Bike
Squash
Tennis
Trail
VTT

Fait à : , le

Cachet + Signature du médecin :

