

# 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-INDIQUEES).

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

Fait à : ....., le .....

Cachet + Signature du médecin :

