



## 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'émet aucune contre-indication à la pratique DES SPORTS suivants en compétition  
 (BARER la ou les épreuves CONTRE-INDIQUEES)**

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

Fait à : ..... , le .....

**Cachet + Signature du médecin :**