

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION
A LA PRATIQUE SPORTIVE**

Je soussigné

Docteur en médecine , demeurant

certifie avoir examiné, né (e) le

et atteste qu'il est bien à jour de ses vaccinations et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent ni de maladie contagieuse ni contre indiquant la pratique des sports suivants:

*Rayer seulement les sports contre indiqués

<p>SPORTS COLLECTIFS Basket-ball Base-ball Football Handball Rugby Volley-ball</p> <p>SPORTS INDIVIDUELS Athlétisme Natation Cross Karting Bicross VTT</p> <p>AUTRES SPORTS (préciser) :</p>	<p>SPORTS D'EXPRESSION Danse Gymnastique GRS</p> <p>SPORTS DUELS Boxe Française Boxe Escrime Judo Lutte</p>	<p>SPORT DE BALLE Tennis de table Badminton Tennis Squash</p> <p>SPORTS DE PLEIN AIR Aviron Canoë Golf Marche en montagne Surf Voile Planche à voile Ski alpin Ski nordique Surf sur neige Patins à glace Sports équestres</p>
--	---	--

NB : pour les sports ne figurant pas sur la liste ci dessus et nécessitant un examen spécial préalable à la délivrance d'une licence (exemple : Plongée, Vol libre), se référer à la législation en vigueur dans les fédérations concernées.

Fait à le

Cachet et signature du Médecin