



## CERTIFICAT MEDICAL DE NON-CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DES SPORTS\*

Je soussigné, Docteur .....  
(En lettres capitales ou cachet)

demeurant à ..... certifie avoir examiné

M. ....

né ... le ...../...../..... demeurant .....

.....

et n'avoir constaté, ce jour, aucun signe apparent semblant contre-indiquer la pratique des sports suivants :

**Date lisible SVP**

A ....., le ...../...../ 20.....  
Signature et cachet du Médecin :

NB - Lorsque le médecin ne reconnaîtra aucune aptitude au consultant, il ne délivrera pas de certificat

(\* ) Obligatoire pour tout sportif et pour toute sportive quel que soit l'âge. – **Attention : n'autorise pas la pratique en compétition**