

CERTIFICAT MEDICAL

CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussigné(e) Docteur en médecine,
Après avoir examiné ce jour

Nom Prénom

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / / Sexe Mas. Féminin

CERTIFIE APRÈS EXAMEN QUE SON ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL

Ne présente pas de contre-indication clinique à la pratique des activités physiques ou sportives, en particulier pour la ou les disciplines suivantes :

En compétition et en loisir^{*(1)} :

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

En loisir uniquement^{*(1)} :

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Présente une contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives suivantes* :

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

* À COMPLÉTER OU COCHER SELON LES CAS

⁽¹⁾ EN CAS DE REPONSE POSITIVE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE

Signature et Cachet

A
Le