



yy

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE SPORTIVE EN COMPETITION**

*Je, soussigné(e),
certifie avoir examiné*

Etablissement scolaire fréquenté

et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique des sports suivants en compétition

*, docteur en médecine,
, né(e) le / /*

Rayer seulement les rubriques

<u>SPORTS COLLECTIFS</u>	<u>SPORTS DE PLEIN AIR</u>	<u>AUTRES SPORTS INDIVIDUELS</u>
Basket-Ball	Course d'orientation	Athlétisme
Football	Golf	Triathlon
Hand-Ball	Planche à voile	Cross
Rugby	Voile	Cyclisme, VTT
Volley-Ball	Ski alpin	Natation
	<u>Ski nordique</u>	
<u>SPORTS</u>	<u>SPORTS DUELS</u>	<u>SPORTS DE RAQUETTES</u>
Danse	Escrime	Badminton
Gymnastique artistique	Judo	Tennis
Gymnastique rythmique		Tennis-de-Table
AUTRES (à définir)		

Fait à :

Le :

Cachet du médecin :

Signature du médecin