

# Certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport

Je soussigné,

Docteur \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné

M<sup>me</sup> / M<sup>lle</sup> / M \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du ou des sport(s) suivant(s) à l'entraînement et en compétition :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observations : \_\_\_\_\_

**Certificat valable uniquement pour la saison sportive** \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature

