

CERTIFICAT MEDICAL

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE

Je soussigné(e) Docteur en médecine,

Après avoir examiné ce jour : / / 20..

Melle ou M.

Né(e) le/...../.....

Certifie que son état de santé actuel ne présente pas de contre-indication à la pratique loisir du/des sport/s suivants :

.....
.....

La pratique est contre indiquée pour les sports suivants (entourer les sports concernés) :

Athlétisme	Judo	Teamgym
Aviron	Judo Ju-Jitsu	Tennis
Aviron de mer	Karaté	Tennis de table
Aviron indoor	Karting	Tennis padel
Badminton	Kick Boxing Light (assaut)	Tir à l'arc
Bike & Run	Kick Boxing Pré combat	Tir sportif
Boxe Combat	Kite Surf	Trampoline
Boxe éducative	Lutte	Triathlon
Bridge	Muay-Thaï Pré combat	Voile
Canoë-kayak	Musculation	
Course d'orientation	Natation	<u>Sports collectifs :</u>
Courses hors stade	Patinage artistique et vitesse	Basket-ball
Cyclisme - VTT	Pelote basque	Baseball
Danse	Raids multisports	Beach-volley
Echecs	Roller hockey	Football Américain
Equitation	Sambo sportif	Football
Escalade	Savate Boxe F. Assaut	Futsal
Escrime	Savate Boxe F. Combat	Handball
Fitness	Ski alpin	Hockey
Force Athlétique	Ski de fond	Polo
Golf	Snowboard	Rugby (à 15, à 13, à 7)
Gymnastique Art.	Squash	Softball
Gymnastique R.	Surf	Ultimate
Haltérophilie	Swimrun	Volley-ball
Handisports	Taekwondo	Water-polo

Autres (à préciser par le médecin) :

Date :

Signature et Cachet :