

## Certificat Médical de Non Contre-indication à la Pratique Sportive en Compétition

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ Docteur en médecine, certifie avoir

Examiné \_\_\_\_\_, né (e) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Etablissement scolaire fréquenté : \_\_\_\_\_

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

*(Rayer seulement les sports contre-indiqués)*

✓ **Sports Collectifs :**

(Basket-Ball - Foot-Ball - Hand-Ball - Volley-Ball - Rugby - Hockey sur Gazon)

✓ **Sport d'Expression :**

(Trampoline - Danse - Gymnastique Artistique - Gymnastique Rythmique)

✓ **Sports Duels :**

(Boxe - Escrime - Judo - Lutte)

✓ **Sports de Raquettes :**

(Badminton - Tennis de Table - Tennis - Squash)

✓ **Sports de Plein Air :**

(Course d'orientation - Golf - Escalade)

✓ **Sports Nautiques :**

(Aviron - Canoë Kayak - Natation - Planche à Voile - Voile - Surf - Body Board - Plongée)

✓ **Autres Sports Individuels :**

(Athlétisme - Triathlon - Cross - Cyclisme - VTT - rollers - Patins à Roulettes)

✓ **Autres (à préciser) :** \_\_\_\_\_

Nombre de Sports Rayés : \_\_\_\_\_

Signature et cachet du Médecin :

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_