

CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DES SPORTS

Je soussigné (e), _____ Docteur en Médecine,
après avoir examiné ce jour,/...../.....

Melle ou M.

Né (e) le/...../.....

certifie que son état de santé actuel ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités sportives individuelles et collectives pratiquées, mentionnées ci-dessous. (entourez la ou les activités sportives pratiquées).

Aérobic	Gymnastique	Paint-Ball	Basket-ball
Athlétisme	GRS	Rafting	Football
Aviron	Judo	Squash	Handball
Badminton	Karaté	Ski	Hockey en salle
Canoé-Kayak	Karting	Tennis	Rugby
Course d'orientation	Musculation	Tennis de table	Rugby à 13
Cyclisme	Natation	Tir	Volley-ball
Danse	Ski alpin	Tir à l'arc	Water-polo
Equitation	Ski de fond	Trampoline	
Escalade	Surf des neiges	Triathlon	
Escrime	Surf	Voile	
Golf	Lutte	Planche à voile	

Signature et cachet

P.S. : Le parachutisme, les sports subaquatiques et la boxe exigent des examens spécialisés complémentaires (neurologiques, ORL, ophtalmologique).