

Certificat Médical de non contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives

Je soussigné docteur _____

Certifie avoir examiné ce jour : Madame Monsieur

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : __ / __ / ____

Et n'avoir pas constaté de signes cliniques apparents contre indiquant la pratique des activités physiques et sportives

Ce certificat est valable 3 ans en cas de renouvellement de l'inscription du participant chaque année :

OUI

(Le titulaire de la licence doit alors renseigner un auto-questionnaire de santé et déclarer son aptitude chaque année).

NON

Signature et cachet du médecin :

DATE : __ / __ / ____