

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON-CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU SPORT

Je soussigné(e), Dr _____,

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

Nom et prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Et n'avoir constaté aucune contre-indication apparente à la **pratique du sport en général**

y compris **en compétition**

Ce certificat est valable pour une durée de **un an** à compter de la date de sa signature, sauf mention contraire.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature et cachet du médecin