



**CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION
A LA PRATIQUE SPORTIVE**

CADRE A REMPLIR PAR LES PARENTS :

NOM : _____
Prénom : _____

CADRE A REMPLIR PAR LE MEDECIN :

Je soussigné(e) _____

Docteur en Médecine, demeurant _____

Certifie avoir examiné et entendu Mme/Melle/Mr _____

Né(e) le _____ à _____

***Et n'avoir constaté à ce jour , aucun signe clinique contre indiquant la pratique des sports suivants * :
(* Rayer seulement les sports contre indiqués) -***

Aérobic-Stretching
Aïkido
Athlétisme
Aviron
Badminton
Basket Ball
Boxe

Canoë -Kayak
Course d'orientation
Danse
Escalade
Escrime
Equitation
Football

Judo
Lutte
Roller
Tennis
Tennis de table
Tir
Tir à l'arc

Volley ball
V.T.T

Fait à _____ ,le _____ 2018

Cachet & signature du médecin :