

**CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION  
À LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ Docteur en médecine,  
Après avoir examiné ce jour \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexe  Mas.  Féminin

**CERTIFIE APRÈS EXAMEN QUE SON ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL**

Ne présente pas de contre-indication clinique à la pratique des activités physiques ou sportives, en particulier pour la ou les disciplines suivantes :

En compétition et en loisir\*:

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

En loisir uniquement\* :

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Présente une contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives suivantes\* :

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

(\*À COMPLÉTER OU COCHER SELON LES CAS)

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| A _____<br>Le _____ | Signature et Cachet |
|---------------------|---------------------|