



# Certificat Médical

## CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION À LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussigné(e).....Docteur en médecine,  
après avoir examiné ce jour.....

Mme ou M.....

Né(e) le...../...../.....

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 les disci-  
plines 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 rayer selon les cas)

DATE.....

SIGNATURE ET CACHET