

Je soussigné, Docteur

CERTIFIE AVOIR EXAMINE CE JOUR

Nom et Prénom :

Date de naissance : Sexe : Masculin Féminin

Et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION à la pratique sportive

- de compétition
- de loisirs et d'entretien
- avec simple surclassement d'une année
- avec surclassement exceptionnel (d'au moins deux années et avec des adultes)
→ uniquement délivré par un médecin du sport

Pour les pratiques sportives suivantes :
(Se référer à la page 2 du présent document)

Remarques restrictives éventuelles :
.....
.....

Date de l'examen :

Signature :

Cachet professionnel

