

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION

A LA PRATIQUE SPORTIVE

SAISON 2018-2019

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné,

NOM Prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ de sexe  Féminin  Masculin

Et n'avoir constaté ce jour aucune contre-indication apparente à la pratique du ou des activités sportives précisée(s) ci-dessous :

Sports individuels – Risque 1	Sports individuels – Risque 2
<input type="checkbox"/> 22023 Eveil corporel	<input type="checkbox"/> 27030 Gymnastique artistique
<input type="checkbox"/> 22004 Gymnastique d'entretien (APE)	<input type="checkbox"/> 27032 Trampoline

**Pour la saison sportive 2018-2019** (du 1er septembre 2018 au 31 août 2019) :

en loisirs / entraînement                      ET                       en compétition.

Restrictions éventuelles : \_\_\_\_\_

Nombre d'activités cochées : \_\_\_\_\_

Fait le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

**Cachet professionnel et signature du médecin**