

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION

A LA PRATIQUE SPORTIVE

SAISON 2024-2023

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 2023-2024 (du 1er septembre 2023 au 31 août 2026) :

en loisirs / entraînement ET en compétition.

Restrictions éventuelles : _____

Nombre d'activités cochées : _____

Fait le ____ / ____ / 2023

Cachet professionnel et signature du médecin