

# CERTIFICAT MEDICAL

## De non contre-indication à la pratique sportive en compétition

Je soussigné(e) .....

Docteur en Médecine, n° d'agrément : .....

Certifie avoir examiné ..... né(e) le .....

et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique des sports suivants en compétition :

basket-ball	tennis de table	cross	tennis
football	aviron	cyclisme	biathlon
handball	canoë-kayak	pratique de l'aviron sur l'eau et en salle, y compris en compétition	pratique en compétition de la course à obstacles
volley-ball	course d'orientation	natation	vtt
danse	triathlon	bike and run	

Fait à ..... le .....

Cachet et signature du médecin