

## CERTIFICAT MÉDICAL

(Attestant de l'absence de contre-indication à la pratique sportive)

Je soussigné, Docteur .....

certifie que l'examen réalisé ce jour de Madame / Monsieur,

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Résidant : .....

N'a pas mis en évidence de contre-indication apparente à la pratique sportive des activités suivantes en intérieur et extérieur :

- activités gymniques d'entretien et d'expression
- activités de randonnées de proximité et d'orientation
- jeux sportifs et jeux d'opposition
- activités aquatiques

N'a pas mis en évidence de contre-indication à la pratique (en compétition - rayer si inutile) de la (ou des) discipline(s) suivantes :

.....

**Informations importantes et adaptations nécessaires en fonction de l'état de santé :**

.....

.....

.....

Conformément au décret n° 2016-1387 du 12 octobre 2016, modifiant les conditions de renouvellement du certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport, ce certificat est valable trois ans, sous réserve de modification notoire de l'état de santé, à partir du ..... /..... /.....

Cachet et signature du médecin

Certificat établi le : ..... /..... /.....

