

# CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE D'UN SPORT

Je soussigné (e), Dr.....

Certifie avoir examiné

M., Mme, l'enfant.....  
*(barrer les mentions inutiles)*

Né (e) le.....

**ne met pas en évidence, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique** du ou des sport(s) suivant(s) à l'entraînement et en compétition :  
*(barrer les mentions inutiles ou ajouter des sports si besoin)*

- |                         |                 |                      |
|-------------------------|-----------------|----------------------|
| • Course à pied         | • Cyclisme      | • Randonnée / Marche |
| • Course nature / trail | • Cyclotourisme | • Marche nordique    |
| • Course à obstacles    | • VTT           | • .....              |
| • Canicross             | • Triathlon     | • .....              |

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e), fait pour servir et valoir ce que de droit.

à .....

le.....

Cachet et signature du médecin