

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE SAISON 2020

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 sport pour la saison sportive
2020 (du 1^{er} septembre 2019 au 31 août 2020) :

en loisirs / entraînement ET en compétition.

Restrictions éventuelles : _____

Fait à _____, le ____ / ____ / 20____

Cachet professionnel et signature du médecin