

## CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE SAISON 2018

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 2018** (du 1<sup>er</sup> septembre 2017 au 31 août 2018) :

en loisirs / entraînement ET  en compétition.

Restrictions éventuelles : \_\_\_\_\_

Nombre d'activités cochées : \_\_\_\_\_ Fait le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201\_\_\_\_

**Cachet professionnel et signature du médecin**