

# CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE SAISON 2018-2019

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné,

Nom Prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ de sexe  Féminin  Masculin

Et n'avoir constaté ce jour aucune absence de contre-indication à la pratique du sport pour la saison 2018/2019 (du 1<sup>er</sup> septembre 2018 au 31 août 2019) :

en loisirs / entraînement ET  en compétition

Restrictions éventuelles : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201\_\_

**Cachet professionnel et signature du médecin**