

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur certifie avoir examiné ce jour,

NOM : **PRENOM :**

DATE DE NAISSANCE : **SEXE :** Masculin Féminin

Et n'avoir constaté **AUCUNE CONTRE-INDICATION** à la pratique sportive (*à cocher*) :

- de compétition
 de loisir
 pour le ou les sports suivants :
 remarques restrictives éventuelles pour certains sports :

J'estime nécessaire une consultation spécialisée en Médecine du Sport :

OUI NON

Date de l'examen : Signature :

Cachet professionnel :

Je soussigné, autorise un simple surclassement (pratique dans l'année d'âge immédiatement supérieure).

Date de l'examen : Signature :

Cachet professionnel :

- N.B. :** 1/ Le certificat est obligatoire pour la délivrance de la licence.
2/ Tout Médecin Généraliste est habilité à la rédaction de ce certificat :
- **Cocher toutes les cases concernées** (les remplir) ;
- Les cases laissées en blanc sont considérées comme négatives, mais il est préférable de les barrer d'un trait unique.
3/ L'UFOLEP est une Fédération multisports et la licence ouvre à toutes les activités d'où la nécessité de préciser les éventuelles contre-indications à certaines pratiques.
4/ Le responsable du club (ou départemental) **doit conserver ce certificat dix ans**.
5/ Le **DOUBLE SURCLASSEMENT** doit rester exceptionnel et nécessite un examen spécialisé, ainsi que l'avis ou l'examen du Médecin Départemental UFOLEP.