

Modèle que vous
pouvez faire remplir
par votre médecin
traitant



CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE

Je soussigné(e), Docteur en médecine

certifie que M./ Mme

Nom : Prénom :

Né(e) le :

ne présente pas de contre-indication à la pratique sportive

Cachet du médecin

Date et signature