

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné , Docteur

certifie avoir examiné ce jour ,

NOM

Date de naissance : / /

PRENOM :

Sexe Masculin Féminin

et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION

A la pratique

Avis du Médecin

- de COMPETITION
- d'ENTRAINEMENT et ENTRETIEN
- pour TOUS SPORTS
- uniquement pour UNE ou plusieurs activités (préciser lesquelles en utilisant les codes joints):
-
-

avec un SIMPLE SURCLASSEMENT (pratique dans l'année d'âge immédiatement supérieure)

Nécessite une Consultation Spécialisée en Médecine du Sport

- oui pour un bilan complémentaire pour des conseils et un suivi spécialisé
- non

Cachet du Médecin

Date de l'examen

Signature du médecin ,

N.B : 1) Le certificat médical est obligatoire pour la délivrance de la licence.

2) Tout médecin généraliste est habilité à la rédaction de ce certificat

- cocher ou remplir toutes les cases concernées

- les cases laissées en blanc sont considérées comme négatives, mais il est préférable de les barrer d'un trait unique.