



**CERTIFICAT MÉDICAL
DE NON CONTRE-INDICATION
À LA PRATIQUE D'UN SPORT**

Je soussigné(e),

Docteur

Certifie avoir examiné

Mme, Mlle, Mr

Né(e) le :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la
pratique du ou des sport(s) suivant(s) à l'entraînement :

Natation / Course à pied

Observations :
.....
.....
.....

A

Le

Signature

Cachet
