



## CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE & SPORTIVE

Je soussigné (e) : ....., Docteur en Médecine,

Après avoir examiné Mme / M <sup>(1)</sup> : .....

Né (e) le : ...../...../.....

Certifie après examen que son état de santé actuel :

- Ne présente pas de contre-indication clinique à la pratique des Activités Physiques ou Sportives, en particulier pour la Gymnastique :
  - ☞ En Compétition & en Loisir <sup>(1)</sup>
  - ☞ En Loisir uniquement <sup>(1)</sup>      ☞ Encadrement & Jugement <sup>(1)</sup>
- Présente une contre-indication à la pratique des Activités Physiques et Sportives suivantes <sup>(2)</sup> : .....

Date : .....

**Signature  
et Cachet du Médecin**

(1) Rayer les Mentions inutiles

(2) A Compléter

**Ce certificat médical n'est pas nécessaire avant l'âge de 6 ans et pour les activités non sportives.**

Selon la Réglementation en vigueur (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'opposition à toutes les données personnelles collectées.