



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 ⁽¹⁾ :

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 et en loisir ⁽¹⁾
 - ☞ En loisir uniquement ⁽¹⁾
- Présente une contre-indication à la pratique des Activités Physiques et Sportives suivantes ⁽²⁾ :

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.