



CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ET 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⁾ :

.....

Fait à : le :

**Signature
et Cachet du Médecin**

(1) Rayer les Mentions inutiles
 (2) A Compléter