

**CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION A LA
PRATIQUE SPORTIVE EN COMPETITION**

Je, soussigné (e).....

Docteur en médecine, demeurant.....

Certifie avoir examiné.....

Né (e) le.....

Et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la
pratique sportive en compétition. (Noter éventuellement les sports contre-indiqués)

.....

Fait à.....le.....

Cachet et signature du médecin :