

DOCUMENT OBLIGATOIRE Original datant de moins de 3 mois

INFORMATIONS SUR L'ETUDIANT :

Nom : Prénom :

Sexe : Masculin Féminin Né (e) le : / /

Tél. Portable : tel.

Domicile :

E-mail :

Adresse
Domicile :

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

Je soussigné(e) :

Docteur en médecine,
demeurant :

après avoir examiné ce jour :
M.

Né (e) le / /

Certifie que son état de santé actuel ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives et à la pratique de sport en compétition

A l'exception de la pratique de l' (ou des) activité (s) physique (s) et sportive (s) suivante (s)* :

*mentionnez si nécessaire le ou (les) activité (s) et sportive (s) contre-indiquées :

.....

.....

.....

Fait à le

Signature et Cachet* du médecin :

Document original

Aucune photocopie acceptée

Cachet du médecin obligatoire