

# CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION À LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussigné(e)..... Docteur en médecine,  
Après avoir examiné ce jour .....  
Mme ou M. ....  
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 ou les disciplines suivantes :
  - En compétition et en loisir\* : .....
  - En loisir uniquement\* : .....
- Présente une contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives suivantes\* : .....

*(\*à compléter ou rayer selon les cas)*

Date :

Signature et Cachet