

**CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE  
D'ACTIVITES PHYSIQUES SPORTIVES**

Je soussigné(e) Docteur .....

Certifie avoir examiné ce jour : Monsieur  Madame

**NOM :**

**Prénom :**

**Né(e) le :**

**Et n'avoir pas constaté de contre-indication à la pratique sportive**

**Date de l'examen :**

**Cachet du médecin**

**Signature du médecin**

