

## 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

