CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION à 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 des sports suivants en compétition :

(Rayer seulement les sports contre indiqués)

SPORTS COLLECTIFS	**SPORTS DE BALLE**	**AUTRES SPORTS INDIVIDUELS**
Basket-Ball	Badminton	Athlétisme
Base-Ball	Pelote Basque	Biathlon
Football	Tennis	Triathlon
Handball	Tennis de Table	Cross
Tchoukball	Squash	Cyclisme, VTT
Hockey sur gazon	**SPORTS de PLEIN AIR**	Natation
Rugby	Aviron	Haltérophilie
Volley-Ball	Canoë-Kayak	Tir à l'Arc
SPORTS D'EXPRESSION	Course d'Orientation	Patins à roulettes
Trampoline	Golf	Sports équestres
Danse	Planche à voile	Sports de boules
Gymnastique	Voile	Sports de quilles
GRS	Ski Alpin	Bike and Run
SPORTS DUELS	Ski Nordique	Pentathlon UNSS
Boxe Française	Surf	Techniques de cirque
Boxe	Escalade	
Escrime	Spéléologie	
Judo		
Lutte	Autres (préciser) :	

N.B. : pour les sports ne figurant pas sur la liste ci-dessus et nécessitant un examen spécial préalable à la délivrance d'une licence (exemple : Plongée, Vol libre), se référer à la législation en vigueur dans la fédération concernée.

Fait à ..... le .....

Cachet et signature du médecin