CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur .....

certifie avoir examiné ce jour

NOM - Prénom .....

Date de naissance :..... Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE INDICATION à la pratique sportive

☐ DE COMPETITION

☐ D'ENTRAINEMENT et d'ENTRETIEN

☐ POUR TOUS SPORTS

☐ Uniquement pour l'(es) activité(s) suivante(s) :

- ☐ COURSE SUR ROUTE
- ☐ MARCHE NORDIQUE
  - ☐ BUNGYPUMP
- ☐ RANDONNEE PEDESTRE
- ☐ VTT
- ☐ CYCLOTOURISME (Vélo Bien Etre)

Nombres de cases cochée ☐

Avis du médecin

Date de l'examen :

Signature

NB :
Le certificat médical est obligatoire pour la délivrance de la licence.
Tout médecin généraliste est habilité à la rédaction de ce certificat.
Les cases laissées en blanc sont considérées comme négatives mais il est préférable de les barrer d'un trait unique et d'en indiquer la quantité cochée.
Le responsable du club doit conserver ce certificat un an (une saison sportive).

Maj 06.07.2016