

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

Avis du médecin

- DE COMPETITION
- D'ENTRAINEMENT et d'ENTRETIEN
- POUR TOUS SPORTS
- Uniquement pour l'(es) activité(s) suivante(s) :
 - COURSE SUR ROUTE
 - MARCHE NORDIQUE
 - BUNGY PUMP
 - RANDONNEE PEDESTRE
 - VTT
 - CYCLOTOURISME (Vélo Bien Etre)

Nombres de cases cochées :

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).