

## CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je soussigné, Docteur.....

Certifie avoir examiné ce jour,

M.....Prénom.....

Date de naissance : ...../...../.....

Sexe :      Féminin       Masculin

et n'avoir constaté **AUCUNE CONTRE-INDICATION**

**à la pratique sportive :**

d'activités en compétition, précisez lesquelles

.....  
.....

avec simple surclassement (pratique dans l'année d'âge immédiatement supérieure), dans l'activité, pratiquée en compétition, suivante

.....  
.....

d'activités physiques et sportives de loisirs, précisez lesquelles

.....  
.....

Date de l'examen : .....

Signature et cachet

