

**CERTIFICAT MEDICAL
DE NON CONTRE-INDICATION A LAPRATIQUE DU SPORT**

Je soussigné(e) _____

docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour:

Mr/Mme _____

né(e) le _____

et n' avoir pas décelé de contre-indication à la pratique des sports suivants:

Fait pour servir et valoir ce que de droit

A _____ le _____

Signature et cachet du médecin