

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)

Canoë

Vtt

Course à pied

Fait à ....., le .....

Cachet et signature du médecin