

CERTIFICAT DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

Je soussigné,

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Mme – M.Prénom

Né(e) le / /

et avoir constaté, ce jour, l'absence de contre-indication à la pratique du sport* (activités sportives de loisir, hors compétition).

Fait le..... / / 20 Cachet et signature du médecin

** Article Code du Sport (Art. D. 231-1)*