CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e)………………………………………………………………………………………

Docteur en :

 Médecine Générale  Médecine du Sport  Autre Spécialité

Demeurant : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Certifie avoir examiné ce jour, *………………………………………………………………............*

Né(e) le : ……… / ……… / ……… à : ……………………………………………………………...

Demeurant :

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Et n’avoir relevé aucun signe clinique, ni aucune contre-indication dans les antécédents :

**À LA PRATIQUE SPORTIVE, À L’ENCADREMENT ET L’ANIMATION D’ACTIVITES DE**

**LOISIR SPORTIF DANS L’OPTION :**

**[ ]  Activités Gymniques d’Entretien et d’Expression**

**[ ]  Jeux Sportifs et Jeux d’Opposition**

**[ ]  Activités de Randonnée, de proximité et d’Orientation**

[ ]  Sans restriction [ ]  A l’exception de la (des) discipline(s) : ………………………

Fait à …………………………………. Le ……. / ……. / …….

Signature et Cachet du médecin