

# **CERTIFICAT MEDICAL**

Je, soussigné :

.....

Docteur en Médecine, certifie que :

.....

ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable,  
à la pratique du (des) sport(s) suivant(s) en compétition: athlétisme, cross,  
basket, hand, foot, volley, VTT, escalade, voile, badminton, step  
,autre.....

dans sa catégorie.

(Ou dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure)\* **rayé en cas de refus**

Fait à..... le..... SIGNATURE,

CACHET :