

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE – SAISON 2019/2020

Je soussigné(e), Docteur _____

Certifie avoir examiné,

NOM Prénom _____

Né(e) le ____ / ____ / _____ de sexe Féminin Masculin

Et n'avoir constaté ce jour aucune contre-indication apparente à la pratique du ou des activités sportives précisée(s) ci-dessous :

| Sports individuels – Risque 1 | Sports individuels – Risque 2 |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 22023 Éveil corporel (Baby-Gym) | <input type="checkbox"/> 27030 Gymnastique aux agrès |
| <input type="checkbox"/> 22004 Gymnastique d'entretien (STEP/ZumbaGym) | <input type="checkbox"/> 27032 Trampoline |

Certificat valable 3 ans sous réserve de répondre au questionnaire santé (N°15699*01) à chaque renouvellement de licence.

En loisirs entraînement

En compétition.

Restrictions éventuelles : _____

Nombre d'activités cochées : _____

Fait le ____ / ____ / 20__

Cachet professionnel et signature du médecin

NB: Ne pas établir de certificat médical avant le 1^{er} juillet pour permettre sa validité sur toute la saison