

# CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE – SAISON 2020/2021

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 (BB-Gym)	<input type="checkbox"/> 27030 Gymnastique aux agrès
<input type="checkbox"/> 22004 Gymnastique d'entretien (STEP)	

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<sup>er</sup> juillet pour permettre sa validité sur toute la saison