

# CERTIFICAT MEDICAL

Préalable à la pratique du sport\*

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné  Mr  Mme  Mlle \_\_\_\_\_ Agé(e) de \_\_\_\_\_ ans et **n'avoir pas constaté à ce jour de contre-indication à la pratique du sport en compétition .**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Cachet du médecin

Signature

\* Libellé recommandé par le Ministère de la Jeunesse et des Sports

Signature du responsable légal