

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

Je soussigné(e),

Dr.

Certifie que l'examen ce jour de :

Mme. Mr. L'enfant

**Cochez la case, puis indiquer le nom et prénom du patient*

Nom

Prénom

Né(e) le

Ne met pas en évidence, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du ou des sport(s) suivant(s) à l'entraînement et en compétition :

**Cochez la discipline ou les disciplines concernée(s)*

- QI GONG
- KARATE-DO
- TAEKWONDO
- KUNG-FU WUSHU
- SANDA/BOXE CHINOISE
- BABY NINJA
- BABY ARTS MARTIAUX

- FITNESS
- GYM RELAX
- GYM DOUCE
- GYM DOUCE & MEDITATION
- GYM D'ENTRETIEN
- ZUMBA FITNESS
- A.C.B AERO CARDIO BOXING
- P.C.T PERFORMANCE CROSS TRAINING

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) pour faire valoir ce que de droit.

A

Le,

Cachet et signature du médecin

