

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

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)*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> AIKIDO | <input type="checkbox"/> FITNESS |
| <input type="checkbox"/> QI GONG | <input type="checkbox"/> GYM RELAX |
| <input type="checkbox"/> KARATE-DO | <input type="checkbox"/> GYM DOUCE |
| <input type="checkbox"/> TAEKWONDO | <input type="checkbox"/> GYM DOUCE & MEDITATION |
| <input type="checkbox"/> KUNG-FU WUSHU | <input type="checkbox"/> GYM D'ENTRETIEN |
| <input type="checkbox"/> SANDA/BOXE CHINOISE | <input type="checkbox"/> ZUMBA FITNESS |
| <input type="checkbox"/> BABY NINJA | <input type="checkbox"/> A.C.B AERO CARDIO BOXING |
| <input type="checkbox"/> BABY ARTS MARTIAUX | <input type="checkbox"/> 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