

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE

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"/> AÏKIDO
<input type="checkbox"/> QI GONG
<input type="checkbox"/> KARATE-DO
<input type="checkbox"/> TAEKWONDO
<input type="checkbox"/> KUNG-FU WUSHU
<input type="checkbox"/> SANDA/BOXE CHINOISE
<input type="checkbox"/> FULL-CONTACT/KICK-BOXING
<input type="checkbox"/> BABY NINJA
<input type="checkbox"/> BABY ARTS MARTIAUX | <input type="checkbox"/> FITNESS
<input type="checkbox"/> GYM DOUCE
<input type="checkbox"/> GYM D'ENTRETIEN
<input type="checkbox"/> STRETCHING POSTURAL
<input type="checkbox"/> A.C.B AERO CARDIO BOXING
<input type="checkbox"/> ZUMBA FITNESS |
|--|---|

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

A

Le,

Cachet et signature du médecin