

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON-CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE SAISON 2026/2027

Je soussigné(e),

Dr.

Certifie que l'examen ce jour de :

☐ Mme. ☐ M. ☐ 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)*

- ☐ BABY ARTS MARTIAUX
- ☐ BABY BOXE THAÏ
- ☐ HAPKIDO
- ☐ KARATÉ-DO
- ☐ TAEKWONDO
- ☐ KALI ESCRIMA
- ☐ KUNG-FU WUSHU
- ☐ BOXE THAÏ
- ☐ FULL-CONTACT/KICK-BOXING/Enfant
- ☐ FULL-CONTACT/KICK-BOXING/K1

- ☐ YOGA KIDS
- ☐ YOGA DYNAMIQUE
- ☐ PILATES
- ☐ FITNESS
- ☐ GYM D'ENTRETIEN
- ☐ SPORT SANTÉ-GYM RELAX
- ☐ GYM DOUCE & MÉDITATION
- ☐ A.C.B-AÉRO CARDIO BOXING
- ☐ P.C.T-PERFORMANCE CROSS TRAINING

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

A

Le,

Cachet et signature du médecin