

# CERTIFICAT MÉDICAL DE NON-CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE SAISON 2024/2025

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)*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> HAPKIDO                         | <input type="checkbox"/> YOGA KIDS                        |
| <input type="checkbox"/> KARATÉ-DO                       | <input type="checkbox"/> YOGA DYNAMIQUE                   |
| <input type="checkbox"/> TAEKWONDO                       | <input type="checkbox"/> PILATES                          |
| <input type="checkbox"/> KALI ESCRIMA                    | <input type="checkbox"/> FITNESS                          |
| <input type="checkbox"/> KUNG-FU WUSHU                   | <input type="checkbox"/> GYM D'ENTRETIEN                  |
| <input type="checkbox"/> BABY ARTS MARTIAUX              | <input type="checkbox"/> SPORT SANTÉ-GYM RELAX            |
| <input type="checkbox"/> BOXE THAÏ                       | <input type="checkbox"/> GYM DOUCE & MÉDITATION           |
| <input type="checkbox"/> BABY BOXE THAÏ                  | <input type="checkbox"/> A.C.B-AÉRO CARDIO BOXING         |
| <input type="checkbox"/> FULL-CONTACT/KICK-BOXING/Enfant | <input type="checkbox"/> P.C.T-PERFORMANCE CROSS TRAINING |
| <input type="checkbox"/> FULL-CONTACT/KICK-BOXING/K1     |   |

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

A .....

Le, .....

Cachet et signature du médecin