

CONFIDENTIEL MEDICAL

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION

Je soussigné(e), docteur (NOM, Prénom) :

certifie, après examen de ce jour et au vu de son carnet de santé et de vaccinations, que :

nom d'usage et prénom (M., Mme) :

, né(e) le :

, à :

- ne présente à ce jour aucune contre-indication apparente à la pratique sportive en général, y compris en compétition (article L. 231-2 de la loi relative au code du sport);
- ne présente pas, à ce jour, de contre-indication à la vie en collectivé;
- est à jour de ses vaccinations légales et obligatoires.

Le présent certificat, valable 1 an et établi à la demande de l'intéressé(e), est remise en main propre pour faire valoir ce que de droit (article L. 231-2 de la loi relative au code du sport).

Cachet du médecin

À

, le

Signature