



CERTIFICAT MEDICAL

Saison 2017 - 2018

Je soussigné, Docteur certifie avoir examiné ce jour,

Nom: Prénom:

Date de naissance:

Sexe: Masculin Féminin

et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION à la pratique :

Avis du médecin:

DES SPORTS SUIVANTS :

- BADMINTON**
- BREAK DANCE**
- GYM TONIC** (mardi et vendredi)
- GYM D'ENTRETIEN** (mercredi)
- QWAN-KI-DO** (entraînement et compétition)
- RANDONNEE PEDESTRE**
- RUGBY** (école : 6 à 10 ans)
- STRETCHING**
- TIR A L'ARC** (entraînement et compétition)
- VTT**
- BASKET-BALL**
-

Tampon du médecin:

Nombre de cases cochées

Date de l'examen :

Signature:

Nota

1/ **Le certificat est obligatoire pour la délivrance de la licence.**

2/ TOUT Médecin Généraliste est habilité à la rédaction de ce certificat.

- cocher TOUTES les cases concernées.

- les cases laissées en blanc sont considérées comme négatives. Le nombre total des cases cochées est à renseigner.

3/ Le responsable du club doit conserver ce certificat TROIS ANS (trois saisons sportives).