

CERTIFICAT MÉDICAL

Attestant de l'absence de contre-indication à la pratique sportive

À remettre à votre animateur sportif lors de la première séance

Je soussigné, Docteur

..... certifie
que l'examen de Madame Monsieur réalisé ce jour,

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

.....
.....

N'a pas mis en évidence de contre-indication apparente à la pratique sportive de
l'activité suivante :

.....

Contre-indication temporaire :

.....

Conformément au décret n° 2016-1387 du 12 octobre 2016, modifiant les conditions de renouvellement du certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport, ce certificat est valable trois ans, sous réserve de modification notoire de l'état de santé, à partir du/...../.....

Certificat établi le :/...../.....

Cachet et signature du médecin