

## CERTIFICAT d'ABSENCE DE CONTRE INDICATION à LA PRATIQUE DU SPORT

Je soussigné, .....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Mme – M. ....Prénom .....

Né(e) le ..... / ..... / .....

et avoir constaté, ce jour, l'absence de contre-indication à la pratique du sport (activités sportives de loisir, hors compétition).

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

Fait le..... / ..... / 20 .....

Cachet et signature du médecin