

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION
A LA PRATIQUE SPORTIVE
SAISON 2019**

Je soussigné(e), Docteur _____

Certifie avoir examiné, NOM Prénom _____

Né(e) le ____ / ____ / _____ de sexe Féminin Masculin

Et n'avoir constaté ce jour aucune contre-indication apparente à la pratique du sport pour la saison sportive 2019 (du 1^{er} septembre 2018 au 31 août 2019) :

en loisirs / entraînement ET en compétition.

Restrictions éventuelles : _____

Fait à _____, le ____ / ____ / 201__

Cachet professionnel et signature du médecin

