



École Sainte Colombe  
Collège  
Lycée  
Enseignement Supérieur  
Centre de Formation

## CERTIFICAT MEDICAL de NON CONTRE INDICATION à la PRATIQUE SPORTIVE en COMPETITION

Je soussigné(e) .....

Docteur en médecine, demeurant .....

Certifie avoir examiné..... né(e) le.....

Et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique des sports suivants en compétition :

(Rayer seulement les sports contre indiqués)

Sports collectifs	Sports d'expression	Sports duels	Sports de raquette	Sports de plein air	Autres sports individuels
Basket-ball	Danse	Judo	Badminton	Canoë Kayak	Athlétisme
Handball	Gymnastique	Lutte	Tennis de table	Catamaran	Cross
Football	Step	Escrime	Tennis	Course d'orientation	Natation
Futsal	GRS	Boxe	Squash	Escalade	Tir à l'arc
Hockey sur Gazon				Aviron	Biathlon
Rugby					Triathlon
Volley-ball					Arts du cirque

Fait à ....., le.....

Cachet et signature du médecin :