



CERTIFICAT MÉDICAL DE NON-CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE SPORTIVE

Je soussigné, Docteur _____, certifie avoir examiné ce jour l'enfant :

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Demeurant à :

L'examen clinique pratiqué ce jour n'a pas révélé, à la date de ce certificat, de contre-indication apparente à la pratique de la discipline suivante :

- ✓ Tractions
- ✓ Killy
- ✓ Gainage
- ✓ Cooper
- ✓ Pompes

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

Fait à _____, le _____

Signature et cachet du médecin :