

**Certificat de  
NON CONTRE-INDICATION  
À LA PRATIQUE D'UN SPORT**

Je soussigné(e),

Docteur .....

Certifie avoir examiné

Mme/Melle/M (\*) .....

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du ou des sport(s) suivant(s) à l'entraînement et en compétition :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Observations et/ou Commentaires :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fait à, le .....

Signature

(Cachet du médecin)

(\*) Biffez la mention inutile