

CERTIFICAT MEDICAL DE NON-CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

Je soussigné(e), _____,

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

M./Mme _____

Né(e) le _____ et avoir constaté, ce jour,
l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique
des sports suivants :

la course à pied en loisirs et en compétition,

le tir à l'arc,

Autres (à préciser) : _____

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit pendant un an sur
la demande de l'intéressé et remis en mains propres

Le _____

À _____

Signature et cachet du médecin