

IDENTITÉ DU PRATIQUEANT

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

CERTIFICAT

Je soussigné(e), Docteur : _____

certifie avoir examiné ce jour la personne désignée ci-dessus et ne pas constater,
à la date du présent certificat, de contre-indication médicale apparente à la pratique
de l'activité sportive de loisir indiquée ci-dessous :

ACTIVITÉ(S) CONCERNÉE(S)

Activité(s) : _____

Observations éventuelles : _____

ÉTABLISSEMENT DU CERTIFICAT

Fait à : _____ Le : _____

Signature et cachet du médecin :

Important

Ce document est un modèle : il doit être complété, daté, signé et cacheté par le médecin.

Le questionnaire de santé reste le parcours habituel pour une activité sportive de loisir, sauf demande médicale ou situation particulière.