

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE SAISON 2021-2022

Je soussigné(e), Docteur _____

Certifie avoir examiné,

Nom Prénom _____

Né(e) le ____ / ____ / ____ de sexe Féminin Masculin

Et n'avoir constaté ce jour aucune absence de contre-indication à la pratique du sport pour la saison 2021/2022 (du 1^{er} septembre 2021 au 31 août 2022) :

en loisirs / entraînement ET en compétition

Restrictions éventuelles : _____

Fait à _____, le ____ / ____ / 2021

Cachet professionnel et signature du médecin