

**CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION  
A LA PRATIQUE SPORTIVE**

Je soussigné(e), ..... Docteur en médecine

certifie que M./ Mme

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .....

*ne présente pas de contre-indication à la pratique sportive*

Cachet du médecin

Date et signature