

**CERTIFICAT d'ABSENCE DE CONTRE INDICATION
à LA PRATIQUE DU SPORT**

Je soussigné,
Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Mme – M.Prénom

Né(e) le / /

et avoir constaté, ce jour, l'absence de contre-indication à la pratique du sport (activités sportives de loisir, hors compétition).

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait le..... / / 20

Cachet et signature du médecin

**AVIS MEDICAL recommandé
avant REPRISE D'ACTIVITES**

Je soussigné,
Docteur en médecine, certifie avoir examiné :

Mme – M.Prénom
Né(e) le / /

et n'avoir pas constaté, ce jour, de signes cliniques contre indiquant la reprise d'activités physiques.

Si besoin : précisions et recommandations ou préconisations à l'attention des animateurs :

Avis médical établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait le..... / / 20

Cachet et signature du médecin