



# CERTIFICAT MÉDICAL

## SAISON 2023 / 2024

Je soussigné (e) .....

Docteur en médecine.

Certifie avoir examiné .....

né (e) le .....

Et n'ayant constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique des Sports suivants y compris en compétition :

**(Rayer seulement les sports contre-indiqués) :**

**Badminton**

**Randonnée**

**Basketball**

**Self-défense**

**Course à pied**

**Squash**

**Football**

**Vélo**

**Handball**

**Volleyball**

**Natation**

**Yoga**

Fait à ..... le.....

Cachet et signature du médecin