

CERTIFICAT MÉDICAL

SAISON 2022 / 2023

Je soussigné(e), Docteur en Médecine,
certifie avoir examiné ce jour :

Nom :

Prénom :

Né(e) le : / /

et, après avoir pratiqué les examens recommandés par le consensus médical, je certifie que son état ne présente pas de contre indication à la pratique du/des sports ci-dessous, hormis celui/ceux rayé(s), y compris en compétition.

BADMINTON

BASKETBALL

COURSE À PIED

DANSE

NATATION

RANDONNÉE

SQUASH

TENNIS

VOLLEYBALL

FOOTBALL

YOGA

HANDBALL

Fait le / / à

Signature :	Cachet du Médecin examinateur :
--------------------	--