



CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE SPORTIVE

À FAIRE COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN
ET
À CONSERVER PAR LE CERCLE

NOM DU CLUB:

Vignette de Mutuelle	Type de Handicap
----------------------	------------------

OU

NOM:
PRÉNOM:
TYPE DE HANDICAP:
DATE DE NAISSANCE:
NISS:

Je soussigné, docteur en médecine, affirme que l'examen du sportif dont l'identité est reprise ci-dessus **ne révèle pas de contre-indication à la pratique sportive.**

Certifié complet, cachet, date et signature du médecin.

Le/...../.....