



**CERTIFICAT MÉDICAL
D'ABSENCE DE
CONTRE-INDICATION À LA
PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ
PHYSIQUE ET SPORTIVE**



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

Après avoir examiné Mme / M (1) :

Né (e) le :/...../.....

Certifie après examen, que son état de santé actuel :

▶ Ne présente pas de contre-indication clinique à la pratique des Activités Physiques ou Sportives, en particulier pour la Gymnastique :
En Compétition et en loisir

▶ Présente une contre-indication à la pratique des Activités Physiques et Sportives suivantes (2) :
.....

Fait à : le :

**Signature
et Cachet du Médecin**

(1) *Rayer les Mentions inutiles*
(2) *A Compléter*