



**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*