

# ***CERTIFICAT D'APTITUDE A LA PRATIQUE SPORTIVE***

Je, soussigné, Dr \_\_\_\_\_, Docteur en  
médecine, certifie que l'examen de \_\_\_\_\_

Date de naissance: Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

ne présente aucune contre-indication, à compter de cette date, limitant la pratique ou la compétition  
dans le sport ou les sports mentionnés ci-dessous.

Vérifiez tous les sports appropriés dans lesquels vous participerez :

<input type="checkbox"/>	Aquatique – Eau Libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Danse Urbaine
<input type="checkbox"/>	Aquatique – Natation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escrime
<input type="checkbox"/>	Aquatique – Natation Synchronisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Football (Soccer )
<input type="checkbox"/>	Aquatique – Plongeon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Golf
<input type="checkbox"/>	Aquatique – Water-Polo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Handball
<input type="checkbox"/>	Athlétisme – Half-Marathon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patinage Artistique
<input type="checkbox"/>	Athlétisme – Marathon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pétanque
<input type="checkbox"/>	Paddle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rugby à 7
<input type="checkbox"/>	Activités équestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Softball
<input type="checkbox"/>	Escalade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BIVOUAC

Certifié délivré à Ville,

Pays: \_\_\_\_\_ Date: Jour \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

Signature du médecin: Tampon du médecin: