

**CERTIFICAT MEDICAL de NON CONTRE INDICATION  
à la PRATIQUE SPORTIVE en COMPETITION**

Je soussigné(e) .....  
Docteur en Médecine, demeurant.....  
certifie avoir examiné ....., né(e) le .....  
et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique des sports suivants en compétition :

(Rayer seulement les sports contre indiqués)

<b>SPORTS COLLECTIFS</b>	<b>SPORTS DE BALLE</b>	<b>AUTRES SPORTS INDIVIDUELS</b>
Basket-Ball	Badminton	Athlétisme
Base-Ball	Pelote Basque	Biathlon
Football	Tennis	Triathlon
Handball	Tennis de Table	Cross
Tchoukball	Squash	Cyclisme, VTT
Hockey sur gazon	<b>SPORTS de PLEIN AIR</b>	Natation
Rugby	Aviron	Haltérophilie
Volley-Ball	Canoë-Kayak	Tir à l'Arc
<b>SPORTS d'EXPRESSION</b>	Course d'Orientation	Patins à roulettes
Trampoline	Golf	Sports équestres
Danse	Planche à voile	Sports de boules
Gymnastique	Voile	Sports de quilles
GRS	Ski Alpin	Bike and Run
<b>SPORTS DUELS</b>	Ski Nordique	Pentathlon UNSS
Boxe Française	Surf	Techniques de cirque
Boxe	Escalade	
Escrime	Spéléologie	
Judo		
Lutte		
	Autres (préciser) :	

NB : pour les sports ne figurant pas sur la liste ci-dessus et nécessitant un examen spécial préalable à la délivrance d'une licence (exemple : Plongée, Vol libre), se référer à la législation en vigueur dans la fédération concernée.

Fait à ....., le.....

Cachet et signature du médecin