

Certificat médical

CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION À LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussigné(e) Docteur en médecine,
après avoir examiné ce jour

Mme ou M.

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 ou les disciplines suivantes* :
- En compétition et en loisir* :
 - En loisir uniquement* :
- Présente une contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives suivantes* :

(*à compléter ou rayer selon les cas)

Date :

Signature et Cachet

Conformément à la loi n°2016-041 du 26/01/2016 et des décrets n°2016-1157 et 2016-1387, ce certificat médical est valable 3 ans pour la délivrance d'une licence sans interruption au cours des 3 années sous réserve de remplir un auto-questionnaire de santé annuel mentionnant l'absence d'événements médicaux dans l'année écoulée, auquel cas un nouveau certificat médical est nécessaire.