

## Certificat médical de non contre-indication

Je, soussigné, docteur.....

certifie avoir examiné ce jour :

NOM

Prénom

Né(e) le

et qu'il (qu'elle) ne présente cliniquement aucune contre-indication à la pratique du ....., dans le cadre de la section sportive scolaire.

Date

*Signature et cachet du médecin*