

# CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES SPORTIVES DE LOISIR

NOM DU FOYER RURAL/ASSOCIATION :

Je soussigné,

Docteur : \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné : \_\_\_\_\_

Mme/Mlle/Mr : \_\_\_\_\_

né(é) le : \_\_\_\_\_

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique d'activités physiques sportives de loisir suivantes :

- 
- 
- 
- 

Restrictions éventuelles :

A : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature du Médecin :

CACHET MÉDECIN