

# CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION

## A LA PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE et SPORTIVE

Je soussigné (e), .....Docteur en Médecine,

Certifie que l'état de santé de

Mr    Mme Melle NOM :.....

Prénom.....

Né(e) le .....

Ne contre indique pas, à la date de ce jour, la pratique d'activité physique et sportive lors des cours délivrés par l'UFR STAPS de REIMS hormis dans celui ou ceux rayé(s) ci-dessous.

Athlétisme	Football	Musculation
Badminton	Futsal	Natation
Basket-ball	Golf	Relaxation
Boxe	Gymnastique artistique	Rugby
Canoë-Kayak	Gymnastique acrobatique	Spéléologie
Canyoning	Gymnastique rythmique	Ski
Cirque	Haltérophilie	Step
Course d'orientation	Handball	Tennis de table
VTT	Hip-Hop	Trampoline
Danse	Judo	Volley-ball
Escalade	Lutte	

Date : .....

Signature

Cachet Professionnel