

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE

20__ / 20__

Je soussigné(e),, Docteur en Médecine, certifie que l'état de santé de :

M. Mme

Nom (de naissance) : Nom d'usage:

Prénom : Né-e le à

ne présente pas de contre-indication, à la date de ce jour, à la pratique d'activité physique et sportive lors des cours délivrés par l'UFR STAPS de Reims et/ou lors de compétition, hormis dans celui ou ceux rayé(s) ci-dessous :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Athlétisme | <input type="checkbox"/> Football | <input type="checkbox"/> Musculation |
| <input type="checkbox"/> Badminton | <input type="checkbox"/> Futsal | <input type="checkbox"/> Natation |
| <input type="checkbox"/> Basket-ball | <input type="checkbox"/> Golf | <input type="checkbox"/> Relaxation |
| <input type="checkbox"/> Boxe | <input type="checkbox"/> Gymnastique artistique | <input type="checkbox"/> Rugby |
| <input type="checkbox"/> Canoë-kayak | <input type="checkbox"/> Gymnastique acrobatique | <input type="checkbox"/> Spéléologie |
| <input type="checkbox"/> Canyoning | <input type="checkbox"/> Gymnastique rythmique | <input type="checkbox"/> Ski |
| <input type="checkbox"/> Cirque | <input type="checkbox"/> Haltérophilie | <input type="checkbox"/> Step |
| <input type="checkbox"/> Course d'orientation | <input type="checkbox"/> Handball | <input type="checkbox"/> Tennis de table |
| <input type="checkbox"/> VTT | <input type="checkbox"/> Hip-hop | <input type="checkbox"/> Trampoline |
| <input type="checkbox"/> Danse | <input type="checkbox"/> Judo | <input type="checkbox"/> Volley-ball |
| <input type="checkbox"/> Escalade | <input type="checkbox"/> Lutte | |

Date :

Signature

Cachet professionnel

