

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION

A LA PRATIQUE D'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE

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

M./Mme Nom :

Prénom :

Né(e), le à

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

