



## Certificat de non contre-indication

Valable 1 an à partir du jour où il a été délivré

(À REMPLIR EN LETTRES CAPITALES SVP)

Je soussigné, Docteur .....,  
certifie avoir examiné (nom) .....,  
(prénom)....., né(e) le ..... / ..... / .....

et n'avoir pas constaté de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique de sport: bref et intense/  
en endurance, y compris en compétition.

Certificat fait sur demande de l'intéressé, fait à ....., le ..... / ..... / 20

Cachet et signature du médecin

