



CERTIFICAT MÉDICAL

De non contre-indication à la pratique physique ou sportive

Je soussigné, Docteur

Exerçant à

Certifie avoir examiné : Mme M. l'enfant

Nom : Prénom :

Né(e) le : .../.../... Demeurant à :

Et ne pas avoir constaté ce jour, de signe contre-indiquant la pratique des activités physiques ou sportives suivantes :

- **Activités gymniques d'entretien et d'expression**
- **Activités de randonnées de proximité et d'orientation**
- **Jeux sportifs et jeux d'opposition**

Cachet et signature du médecin

Observations :

.....

.....

.....

Fait à Le

