



**Certificat médical de non-contre-indication**

Je, soussigné(e) Docteur .....

Certifie avoir examiné ce jour

NOM : .....

Prénom : .....

et qu'il (qu'elle) ne présente cliniquement aucune contre-indication à la pratique :

....., dans le cadre de la section sportive scolaire.

Date

Signature et cachet du médecin