

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE SPORTIVE EN COMPETITION**

Je soussigné.....Docteur en médecine,
exerçant certifie avoir examiné :
NOM, Prénom.....né (e) le.....
et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique des sports
suivants en compétition :

RAYER SEULEMENT LES SPORTS CONTRE-INDIQUES

DANSE

CROSS

BADMINTON

RUGBY

GYMNASTIQUE

FUTSAL

MINI-RAID MULTI-ACTIVITES : Eté (canoé, course d'orientation, tir à l'arc, course à pied et vtt)
Hiver (luge , raquettes, ski de fond, ski alpin)

VTT

AUTRE SPORT : -----

(à préciser en cas d'inscription personnelle à une compétition Unss)

Fait à le.....

Cachet et signature du médecin :