

Certificat Médical

Je soussigné(e).....

Docteur en médecine, demeurant.....

Certifie avoir examiné l'enfant Né(e) le

Et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique apparent de maladie contagieuse aigue ou chronique, et contre indiquant la vie en collectivité et la pratique des sports suivants :

Rayer seulement les sports contre-indiqués			
Acrobatie	Canyoning	Hand-ball	Roller
Acrobranches	Catamaran	Hockey	Rugby
Activités de cirque	Course à pied	Judo	Ski
Aïkido	Course d'orientation	Karting	Spéléologie
Athlétisme	Cyclisme, VTT	Lutte	Squash
Aviron	Escrime	Marche, randonnée	Tennis
Badminton	Equitation	Natation	Tir à l'arc
Base-ball	Escalade	Planche à voile	Volley-ball
Basket-ball	Football	Plongée sous-marine	Voile, surf
Bowling	Frisbee	Pêche	
Boxe	Golf	Rafting	
Canoë-kayak	G.R.S	Raquettes à neige	
Autres sports (à préciser) :			

Fait à Le.....

Cachet et signature du médecin