



**CERTIFICAT MÉDICAL**

**D’ABSENCE DE**

**CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE D’UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE**

**Selon la Réglementation en vigueur (RGPD), vous disposez d’un droit d’accès, de rectification ou d’opposition à toutes les données personnelles collectées.**

Je soussigné (e) : ……………………………………………………………………, Docteur en Médecine,

Après avoir examiné Mme / M (1) : …………………………………………………………...........................

Né (e) le : ….…/……../……..

Certifie après examen, que son état de santé actuel :

► Ne présente pas de contre-indication clinique à la pratique des Activités Physiques ou Sportives, en particulier pour la Gymnastique :

 ► En Compétition et en loisir (1)

 ► En loisir uniquement (1)

► Présente une contre-indication à la pratique des Activités Physiques et Sportives suivantes (2) : ……………………………………………………………..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Fait à : ………………………………………..le : ………………………

 **Signature**

 **et Cachet du Médecin**

*(1) Rayer les Mentions inutiles*

 *(2) A Compléter*