

**CERTIFICAT MÉDICAL  
D'ABSENCE DE  
CONTRE-INDICATION À LA  
PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ  
PHYSIQUE ET SPORTIVE**



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

Après avoir examiné Mme / M <sup>(1)</sup> : .....

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 <sup>(1)</sup>

▷ En loisir uniquement <sup>(1)</sup>

▶ Présente une contre-indication à la pratique des Activités Physiques et Sportives suivantes <sup>(2)</sup> :

.....  
.....  
.....  
.....

Fait à : ..... le : .....

**Signature  
et Cachet du Médecin**

*(1) Rayer les Mentions inutiles*

*(2) A Compléter*