

**CERTIFICAT MEDICAL TYPE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DU SPORT**

Je soussigné(e),, Docteur
en médecine, certifie avoir examiné M/Mme
Né(e) le

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique
des activités suivantes :

- la course à pied en compétition
- le passage dans l'eau sur 25 mètres
- le franchissement d'obstacles type « Parcours du combattant »

Certificat établi le : à

Signature et Cachet du Médecin