

# Certificat médical

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_, Docteur en médecine,  
certifie que l'examen de M/Mme \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

ne révèle pas de contre-indication à la pratique des sports suivants (\*), y compris  
en compétition :

- Handball
- Water-Polo
- Natation
- Fitness
- Yoga
- Danse urbaine
- Cheerleading
- Autres: \_\_\_\_\_

Certificat établi à : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du Médecin :

Tampon du médecin :

(\* ) rayer le ou les sports contre-indiqués