



**CERTIFICAT MEDICAL
DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE SPORTIVE – SAISON 2016/2017**

Je soussigné(e), Docteur _____

Certifie avoir examiné,

NOM -Prénom _____

Né(e) le ____/____/____ de sexe Féminin Masculin

Et n'avoir constaté ce jour aucune contre-indication apparente à la pratique du ou des activités sportives précisées (s) ci-dessous :

Sports individuels – Risque 5

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 26011 Cyclo – Bicross |
| <input type="checkbox"/> 26012 Cyclo – Cyclo sport / Cyclo – Cross |
| <input type="checkbox"/> 26013 Cyclo – Cyclotourisme |
| <input type="checkbox"/> 29037 Cyclo – Dirt |
| <input type="checkbox"/> 26015 Cyclo – Vélo – trial – bike trial |
| <input type="checkbox"/> 26014 VTT |
| <input type="checkbox"/> 26046 VTT Randonnée |

Pour la saison sportive 2016/2017 (du 1er septembre 2016 au 31 août 2017)

en loisirs/entraînement en compétition

Restrictions éventuelles _____

Fait le ____/____/201__

Cachet professionnel **et** signature du médecin