



**CERTIFICAT MEDICAL
DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE SPORTIVE – SAISON 2019/2020**

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 2019/2020 (du 1er septembre 2019 au 31 août 2020)

en loisirs/entraînement

en compétition

Restrictions éventuelles _____

Fait le ____/____/201__

Cachet professionnel et signature du médecin