



**CERTIFICAT MEDICAL  
DE NON CONTRE-INDICATION  
A LA PRATIQUE SPORTIVE – SAISON 2020/2021**

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 :

<b>Sports individuels – Risque 5</b>
<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 2020/2021 (du 1er septembre 2020 au 31 août 2021)

en loisirs/entraînement

en compétition

Restrictions éventuelles \_\_\_\_\_

Fait le \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_

Cachet professionnel et signature du médecin