



**CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION  
À LA PRATIQUE SPORTIVE 2021**

Je soussigné( e), ..... Docteur en médecine

certifie que M. / Mme

Nom : ..... Prénom : .....

Né( e) le : .....

*ne présente pas de contre- indication à la pratique sportive*

Cachet du médecin

Date et signature