



Collège Saint Eugène de Mazenod

ASSOCIATION SPORTIVE

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION

À LA PRATIQUE SPORTIVE EN COMPÉTITION

Je soussigné(e), _____ Docteur en médecine,

certifie avoir examiné _____ né(e) le ___/___/___

établissement scolaire fréquenté : **Collège Saint Eugène de Mazenod**

et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique

des sports suivants en compétition :

(rayer seulement les sports contre indiqués)

Sport collectifs

Basket-ball
Football
Hand-ball
Rugby
Volley-ball

Sports duels

Escrime
Judo

Sports de plein air

Course d'orientation
Golf
Planche à voile
Voile
Ski alpin
Ski nordique

Sports d'expression

Danse
Gymnastique Artistique
Gymnastique Rythmique
et sportive (G.R.S.)

Sports de raquette

Badminton
Tennis
Tennis de table

Autres sports individuels

Athlétisme
Triathlon
Cross
Cyclisme, VTT
Natation

Autres (à préciser) : _____

Fait à _____, le _____

cachet
du médecin

signature du médecin