

# CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE EN COMPETITION

Je soussigné(e) .....

Docteur en médecine, demeurant .....

certifie avoir examiné ..... né (e) le .....

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)

SPORTS-COLLECTIFS	SPORTS DE BALLE	AUTRES SPORTS INDIVIDUELS
Basket-Ball	Badminton	Athlétisme
Base-Ball	Pelote-Basque	Biathlon
Foot-Ball	Tennis	Triathlon
Hand-Ball	Tennis-de-table	Cross
Tchoukball	Squash	Cyclisme, V.T.T.
Hockey-sur-gazon	<b>SPORTS de PLEIN AIR</b>	Haltérophilie
Rugby	Course d'Orientation	Tir à l'Arc
Volley-Ball	Golf	Patins à roulettes
<b>SPORTS D'EXPRESSION</b>	Ski Alpin	Sports équestres
Trampoline	Ski Nordique	Sports de boules
Danse	Escalade	Sports de quilles
Gymnastique	Spéléologie	Bike and Run
G.R.S.	<b>SPORTS NAUTIQUES</b>	Pentathlon U.N.S.S.
<b>SPORTS DUELS</b>	Aviron	Techniques de cirque
Boxe Française	Canoe Kayak	
Boxe	Natation	
Escrime	Planche à Voile	
Judo	Voile	
Lutte	Surf	
<b>Autres (préciser) :</b>		

N.B. : pour les sports ne figurant pas sur la liste ci-dessus et nécessitant un examen spécial préalable à la délivrance d'une licence (exemple : plongée, vol libre), se référer à la législation en vigueur dans la fédération concernée.

Fait à .....le .....

**Cachet et signature du médecin**

-----

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e) ..... père, mère, tuteur, représentant légal (1)

- autorise (2).....

à participer aux activités de l'Association Sportive (3) .....

- autorise le Professeur responsable ou l'accompagnateur, à faire pratiquer en cas d'urgence, une intervention médicale ou chirurgicale en cas de nécessité (4).

Fait à .....le .....

**Signature :**

(1) - Rayer la mention inutile.

(2) - Indiquer nom-prénom du licencié.

(3) - Indiquer nom de l'établissement.

(4) - Rayer en cas de refus d'autorisation.