



**CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL DE NON CONTRE-INDICATION  
A LA PRATIQUE DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES**  
(Obligatoire pour la participation aux activités sportives)

Je soussigné(e), Docteur.....  
certifie, après avoir examiné Mme, Mr .....  
né(e) le .....

**qu'aucun signe d'affection cliniquement décelable, ce jour, ne contre indique la pratique :**

**1. des activités physiques et sportives adaptées de loisirs**

(avec participation possible à des manifestations d'activités motrices, de sport loisir et de sport pour tous\*)

Le cas échéant, indiquer les disciplines contre-indiquées :

.....  
.....

**2. des compétitions sportives adaptées\* en :**

- Badminton
- Football
- Natation
- Athlétisme
- Autre (préciser) : .....
- Autre (préciser) : .....

Restrictions ou remarques éventuelles :

.....  
.....  
.....

Fait à : ..... Le .....

Signature et cachet du médecin :

\*Rayer les mentions inutiles