



**CERTIFICAT  
DE NON CONTRE INDICATION  
A LA PRATIQUE D'UN SPORT**

Je soussigné(e), Dr.....

Certifie que l'examen ce jour de

**M., Mme, l'enfant** .....  
*(barrer les mentions inutiles, puis indiquer les nom et prénom du patient)*

né(e) le .....

**ne met pas en évidence, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique** du ou des sport(s) suivant(s) **à l'entraînement et en compétition :**  
*(barrer les mentions inutiles ou ajouter des sports si besoin)*

- Course à pied
- Course nature / trail
- Course à obstacles
- Canicross
- Cyclisme
- Cyclotourisme
- VTT
- Triathlon
- Randonnée / marche
- Marche nordique
- Natation
- Canoë-kayak
- Ski
- ...
- ...

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) pour faire valoir de ce droit.

Le ..... à .....

Cachet **et** signature du médecin