

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE

20__ / 20__

Je soussigné(e),, Docteur en Médecine, certifie que l'état de santé de :

☐ M. ☐ Mme ☐ Ne se prononce pas

Nom (de naissance) : Nom d'usage:

Prénom : Né-e le à

ne présente pas de contre-indication, à la date de ce jour, à la pratique d'activité physique et sportive lors des cours délivrés par l'UFR STAPS de Reims et/ou lors de compétition, hormis dans celui ou ceux rayé(s) ci-dessous :

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Athlétisme | ☐ Escalade | ☐ Natation |
| ☐ Activités de bien-être | ☐ Football | ☐ Préparation physique |
| ☐ Badminton | ☐ Futsal | ☐ Relaxation |
| ☐ Basket-ball | ☐ Golf | ☐ Rugby |
| ☐ Boxe | ☐ Gymnastique artistique | ☐ Spéléologie |
| ☐ Canoë-kayak | ☐ Parcours gym | ☐ Ski |
| ☐ Canyoning | ☐ Gymnastique rythmique | ☐ Step |
| ☐ Cirque | ☐ Haltérophilie | ☐ Tennis de table |
| ☐ Course d'orientation | ☐ Handball | ☐ Trampoline |
| ☐ Cross-fit | ☐ Hip-hop | ☐ Ultimate |
| ☐ Cyclisme | ☐ Judo | ☐ Volley-ball |
| ☐ Danse | ☐ Lutte | ☐ VTT |
| ☐ Danses urbaines | ☐ Musculation | |

Date :

Signature

Cachet professionnel

