



**A DESTINATION DU BUREAU DES SPORTS**  
 (ne pas donner au centre médical)

## **Certificat Médical\* 2022 /2023**

Je soussigné, Docteur,,,

certifie que l'élève (Nom, Prénom),,

Ne présente pas de contre indication à la pratique des activités sportives dans le cadre scolaire ou en compétition ci-dessous:

<b>EN CADRE SCOLAIRE</b>	<b>EN COMPETITION</b>
<i>ATHLETISME</i>	<i>ATHLETISME</i>
<i>LASER RUN</i>	<i>LASER RUN</i>
<i>NATATION</i>	<i>NATATION</i>
<i>ESCALADE</i>	<i>ESCALADE</i>
<i>COURSE D'ORIENTATION</i>	<i>COURSE D'ORIENTATION</i>
<i>JUDO</i>	<i>JUDO</i>
<i>AIKIDO</i>	<i>AIKIDO</i>
<i>IAIDO</i>	<i>IAIDO</i>
<i>GYMNASTIQUE</i>	<i>GYMNASTIQUE</i>
<i>DANSE</i>	<i>DANSE</i>
<i>VOLLEY-BALL</i>	<i>VOLLEY-BALL</i>
<i>HANDBALL</i>	<i>HANDBALL</i>
<i>RUGBY</i>	<i>RUGBY</i>
<i>FOOTBALL</i>	<i>FOOTBALL</i>
<i>BOXE FRANCAISE</i>	<i>BOXE FRANCAISE</i>
<i>SKI</i>	<i>SKI</i>
<i>BADMINTON</i>	<i>BADMINTON</i>
<i>COURSE PEDESTRE / CROSS / TRAIL</i>	<i>COURSE PEDESTRE / CROSS / TRAIL</i>
<i>TIR SPORTIF</i>	<i>TIR SPORTIF</i>
<i>MUSCULATION / CROSSFIT</i>	<i>MUSCULATION / CROSSFIT</i>
<i>FITNESS / AEROBIC / INDOOR CYCLING</i>	<i>FITNESS / AEROBIC / INDOOR CYCLING</i>
<i>AUTRES :</i>	<i>AUTRES :</i>

**RAYER L'ACTIVITE SPORTIVE CONTRE INDIQUEE.** Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**OBSERVATIONS EVENTUELLES:**

Signature \_\_\_\_\_ Cachet \_\_\_\_\_

**\* à faire compléter par le médecin traitant de votre enfant**