

2021/2022

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION

Note N° 530036/ARM/RH-AT/SDR/REC/OFF du 15/01/18

A FAIRE COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT DE L'ELEVE

Je soussigné(e), docteur (Nom, prénom) :

.....

Certifie, après examen de ce jour et au vu de son carnet de santé et de vaccinations, que :

Nom d'usage et prénom (M, Mme) :

Né(e) le :

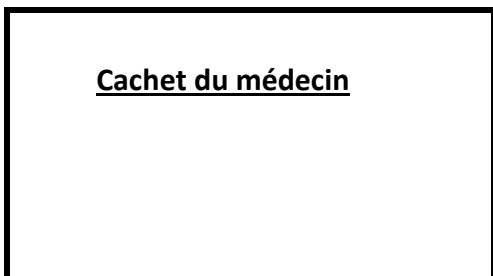
- ne présente à ce jour aucune contre-indication apparente à la pratique sportive en général, y compris en compétition ; (Article L.231-2 de la loi relative au code du sport) ;

Table with 2 columns: CADRE SCOLAIRE and EN COMPETITION. Rows include various sports like ATHLETISME, NATATION, ESCALADE, etc.

Rayer l'activité sportive contre indiquée

- ne présente pas à ce jour de contre-indication à la vie en collectivité ;
est à jour de ses vaccinations légales et obligatoires.

Le présent certificat, valable 1 an et établi à la demande de l'intéressé(e), est remis en main propre pour faire valoir ce que de droit. (Article L. 231-2 de la loi relative au code du sport)



A, le
Signature