

Union Française des Oeuvres Laïques d'Education Physique

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné ce jour,

M Prénom

date de naissance

--	--	--

sexe : Féminin Masculin

et n'avoir constaté **AUCUNE CONTRE-INDICATION**

à la pratique sportive :

d'activités en compétition, précisez lesquelles :

.....

avec simple surclassement (pratique dans l'année d'âge immédiatement supérieure), dans l'activité, pratiquée en compétition, suivante

.....

d'activités physiques et sportives de loisirs (sans pratique compétitive), précisez lesquelles :

.....

.....

.....

Date de l'examen

--	--	--

Signature