

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE  
DES ACTIVITES SPORTIVES "A TOUS SPORTS"**

Je soussigné(e) .....

Docteur en Médecine, demeurant .....

certifie avoir examiné ..... né(e) le .....

et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique des sports suivants :

**RAYER SEULEMENT LES SPORTS CONTRE-INDIQUES  
ET NE PORTER AUCUNE AUTRE INDICATION**

- |   |                                     |  |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Aéromodélisme        | <input type="checkbox"/> Echecs     | <input type="checkbox"/> Lutte                   |
| <input type="checkbox"/> Aïkido               | <input type="checkbox"/> Equitation |  |
| <input type="checkbox"/> Athlétisme           | <input type="checkbox"/> Escalade   | <input type="checkbox"/> Natation                |
| <input type="checkbox"/> Aviron               | <input type="checkbox"/> Escrime    |  |
|   |                                     | <input type="checkbox"/> Planche à voile         |
| <input type="checkbox"/> Badminton            | <input type="checkbox"/> Frisbee    | <input type="checkbox"/> Plongée sous-marine     |
| <input type="checkbox"/> Basket-ball          |                                     | <input type="checkbox"/> Pêche                   |
| <input type="checkbox"/> Bowling              | <input type="checkbox"/> Golf       |  |
| <input type="checkbox"/> Boxe                 | <input type="checkbox"/> G.R.S.     | <input type="checkbox"/> Raquettes à neige       |
|   |                                     | <input type="checkbox"/> Roller et roller hockey |
| <input type="checkbox"/> Canoë-kayak          | <input type="checkbox"/> Hand-ball  |  |
| <input type="checkbox"/> Canyoning            | <input type="checkbox"/> Hockey     | <input type="checkbox"/> Ski                     |
| <input type="checkbox"/> Catamaran            |                                     | <input type="checkbox"/> Spéléologie             |
| <input type="checkbox"/> Course d'orientation | <input type="checkbox"/> Judo       |  |
| <input type="checkbox"/> Cyclisme, V.T.T.     |                                     | <input type="checkbox"/> Tennis                  |
|   | <input type="checkbox"/> Kung fu    | <input type="checkbox"/> Tennis de table         |
| <input type="checkbox"/> Danse                |                                     | <input type="checkbox"/> Tir à l'arc             |
|   |                                     | <input type="checkbox"/> Tir à la carabine       |
|   |                                     | <input type="checkbox"/> Trampoline              |
|   |                                     | <input type="checkbox"/> Voile                   |

**AUTRES SPORTS (à préciser) :**

Fait à ....., le.....

**Cachet et signature du médecin**