



## ANNEE 2025-2026

### Certificat Médical de non-contre-indication à la pratique sportive

A ..... Le...../...../.....

Je soussigné(e), Docteur en médecine M./Mme ..... certifie avoir examiné ce jour

M.  Mme  Mlle .....

Né(e) le ..... / ..... / ....., sexe :  masculin  féminin

et déclare n'avoir constaté ce jour aucune contre-indication à la pratique des sports suivants :

<p><b>Arts Martiaux</b> <input type="checkbox"/> en loisir <input type="checkbox"/> en compétition</p> <p><input type="checkbox"/> Aïkido <input type="checkbox"/> Body MA <input type="checkbox"/> Judo <input type="checkbox"/> Jujitsu <input type="checkbox"/> Qi Gong <input type="checkbox"/> Sanda  <input type="checkbox"/> Self Défense <input type="checkbox"/> Tai Chi Chuan <input type="checkbox"/> Kung Fu <input type="checkbox"/> Arnis Kali</p> <p><b>Aviation</b> <input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur  <input type="checkbox"/> Parachutisme <input type="checkbox"/> ULM</p> <p><b>Course à pied</b> <input type="checkbox"/> en loisir <input type="checkbox"/> en compétition</p> <p><b>Football</b> <input type="checkbox"/> en loisir <input type="checkbox"/> en compétition</p> <p><b>Golf</b> <input type="checkbox"/> en loisir <input type="checkbox"/> en compétition</p> <p><b>Gym Yoga</b> <input type="checkbox"/> Fitness/Cardio <input type="checkbox"/> Yoga/Pilates  <input type="checkbox"/> Parc machines <input type="checkbox"/> Cross Training</p> <p><b>Hand-ball</b> <input type="checkbox"/> en loisir <input type="checkbox"/> en compétition</p>	<p><b>Karting</b> <input type="checkbox"/> en loisir <input type="checkbox"/> en compétition</p> <p><b>Moto</b> <input type="checkbox"/> en loisir <input type="checkbox"/> en compétition</p> <p><b>Padel</b> <input type="checkbox"/> en loisir <input type="checkbox"/> en compétition</p> <p><b>Pétanque</b> <input type="checkbox"/> en loisir <input type="checkbox"/> en compétition</p> <p><b>Plongée</b> <input type="checkbox"/> en loisir <input type="checkbox"/> en compétition</p> <p><b>Randonnée</b>  <input type="checkbox"/> dénivelé 400-1500m  <input type="checkbox"/> &gt; 1500 m d'altitude</p> <p><b>Rugby</b> <input type="checkbox"/> en loisir <input type="checkbox"/> en compétition</p> <p><b>Sports de glisse</b> <input type="checkbox"/> en loisir <input type="checkbox"/> en compétition</p> <p><input type="checkbox"/> Kitesurf <input type="checkbox"/> Planche à voile <input type="checkbox"/> Ski <input type="checkbox"/> Ski Nautique  <input type="checkbox"/> Snowboard <input type="checkbox"/> Snow kite <input type="checkbox"/> Surf <input type="checkbox"/> Wakeboard</p> <p><b>Squash</b> <input type="checkbox"/> en loisir <input type="checkbox"/> en compétition</p> <p><b>Tennis</b> <input type="checkbox"/> en loisir <input type="checkbox"/> en compétition</p> <p><b>Voile</b> <input type="checkbox"/> Dériveur <input type="checkbox"/> Régate  <input type="checkbox"/> Voile habitable <input type="checkbox"/> Voile sportive</p>
--	--

**Merci d'indiquer le nombre de croix mentionnées dans le cadre ci-dessus.....**

**Ce certificat est délivré à la demande de l'intéressé pour valoir ce que de droit.**

(Ce modèle de certificat n'est pas obligatoire)

Cachet du médecin et Signature :