



ANNEE 2026-2027

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 :

Arts Martiaux ☐ en loisir ☐ en compétition ☐ Aïkido ☐ Body MA ☐ Judo ☐ Jujitsu ☐ Qi Gong ☐ Sanda ☐ Self Défense ☐ Tai Chi Chuan ☐ Kung Fu ☐ Arnis Kali	Karting ☐ en loisir ☐ en compétition Moto ☐ en loisir ☐ en compétition Padel ☐ en loisir ☐ en compétition Pétanque ☐ en loisir ☐ en compétition Plongée ☐ en loisir ☐ en compétition Randonnée ☐ dénivelé < 400 / 1500m ☐ > 1500 m d'altitude Rugby ☐ en loisir ☐ en compétition Sports de glisse ☐ en loisir ☐ en compétition ☐ Kitesurf ☐ Planche à voile ☐ Ski ☐ Ski Nautique ☐ Snowboard ☐ Snow kite ☐ Surf ☐ Wakeboard Squash ☐ en loisir ☐ en compétition Tennis ☐ en loisir ☐ en compétition Voile ☐ Dériveur ☐ Régate ☐ Voile habitable ☐ Voile sportive
Aviation ☐ Avion/hélico ☐ Planeur ☐ Parachutisme ☐ ULM Basket-Ball ☐ en loisir ☐ en compétition Course à pied ☐ en loisir ☐ en compétition Equitation ☐ en loisir ☐ en compétition Football ☐ en loisir ☐ en compétition Golf ☐ en loisir ☐ en compétition FIT&ZEN ☐ Fitness/Cardio/Renfo ☐ Yoga/Pilates ☐ relaxation ☐ stretching Hand-ball ☐ en loisir ☐ en compétition	

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 :