

## CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur : .....

**certifie avoir examiné ce jour :**

Nom et prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : masculin  féminin

**et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION, cliniquement décelable à ce jour, à la pratique sportive y compris en compétition.**

J'estime nécessaire une consultation spécialisée en Médecine du Sport : OUI  NON

Date de l'examen médical : .....

Signature :

Cachet professionnel

---

Je soussigné(e), Docteur .....

Autorise un **simple surclassement** (pratique dans l'année d'âge immédiatement supérieure)

Date de l'examen médical : .....