

**CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DU SPORT**

Je soussigné(e), Docteur

certifie avoir examiné ce jour Mme, Mlle, Mr

....., né(e) le et n'avoir pas

constaté à ce jour, de signes cliniques apparents contre indiquant la pratique du sport.

Cachet professionnel

A

Le /..... /202..

Signature

Conforme au décret du 24 août 2016 s'appliquant dès le 1er septembre 2016