

**Certificat médical**  
**de Non Contre Indication à la pratique sportive**

*Je soussigné(e) Dr :*

*Docteur en médecine, certifie que l'examen de*

*Mr / Mme / Melle :*

*Né (e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_*

*Demeurant à :*

*Ne révèle aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique physique et sportive de :*

*(rayer les activités non concernées)*

- *L'AQUAFORME*
- *L'AQUABIKE*
- *LA NATATION LOISIR ADULTE*
- *LA NATATION LOISIR ENFANTS & ADOS*
- *LA NATATION ENFANTS & ADOS Pratique en compétition*

*Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_*

*A*

Signature et cachet du médecin