

# **Certificat médical pour la pratique du sport en compétition**

***Je soussigné, Docteur***

***Certifie avoir examiné ce jour***

***Monsieur, Madame***

***NOM :***

***Prénom :***

***Et avoir conclu en l'absence de contre-indication à la pratique du Sport en compétition (à l'exclusion des sports nécessitant un certificat spécifique à la pratique).***

***Date :***

***Signature , adresse et cachet du médecin***