



N°...../CNMSS

CERTIFICAT MEDICAL

De Non Contre-Indication au Changement de Catégorie / Surclassement

Je soussigne(e) Dr.....certifie
avoir effectué un bilan médical de non contre indication à la pratique
de :.....au profit de.....
né(e) letitulaire de la CIN / licence n°.....
délivrée le.....à..... et certifie qu'il ne présente
pas de contre indication à la pratique de..... en
catégorie.....

Ce certificat soumet le club à certaines conditions :

- 1- le club fera participer ce sportif dans une seule catégorie pendant la saison en cours
- 2- le club s'engage à lui assurer un suivi médical régulier et s'assure que cette pratique n'entraîne pas de préjudice mental ou physique pour le sportif

Date de la visite médicale/...../.....

Nomet Prénom du Médecin examinateur

Copie pour :

- Dossier de l'intéressé
- Fédération concernée

Important : ce certificat sera délivré en un seul exemplaire