



N°...../CNMSS Date de la visite : ...../...../.....

## CERTIFICAT MEDICAL

### De non contre-indication à la pratique de sport en compétition

Je soussigné(e) Dr ..... certifie avoir effectué un  
bilan médical de santé préalable à la pratique du sport, au profit de Mr/ M<sup>lle</sup>/M<sup>me</sup> .....

.....  
Né(e)le .....titulaire de (CIN / licence/ Passeport)  
n° .....délivrée le ..... / ..... / ..... à .....

et n'avoir pas constaté de contre-indication à la pratique du sport : .....en  
compétition et au niveau de pratique marqué ci-dessous\*

Ce certificat est valable jusqu'au .... / .... / ..... sauf événements médicaux intermittents  
pouvant entraîner une incapacité partielle ou totale, temporaire ou définitive.

-Condition particulière : oui  non

Si oui, préciser .....

#### \* Niveau de la pratique sportive

Equipes nationales  Filières sport  Lycées sportif   
Joueur Prof.  ISSEP  Arbitre

délivré le ...../...../.....

Cachet et Signature du Médecin examinateur