



N° :...../.....

CERTIFICAT MEDICAL DE REPOS
(Consultation de médecine et de traumatologie du sport)

Je soussigné(e) docteur en médecine,

Certifie avoir examiné le sportif :

Nom : Prénom : Né(e) le : ... / ... /

Discipline sportive :

et constaté que son état de santé entraîne :

REPOS MEDICAL :

- D'une durée de :..... à compter du

REPOS SPORTIF TOTAL :

- D'une durée de :..... à compter du

REPOS SPORTIF PARTIEL :

- D'une durée de :..... à compter du
- Le repos sportif partiel permet au sportif de suivre un entraînement adapté à ses capacités et à ses possibilités physiques.
- Recommandations particulières :.....

.....
.....

A Le

Signature et cachet du médecin