

**CERTIFICAT MÉDICAL ANNUEL PRÉALABLE  
À LA PRATIQUE DES SPORTS EN COMPÉTITION**

*Je soussigné(e),*

**Docteur**

Demeurant

*Certifie avoir examiné,*

Mademoiselle  Madame  Monsieur

Nom, prénom

Né(e) le

Demeurant

Appartenant à l'association sportive

*et n'avoir pas constaté à la date  
de ce jour de signes cliniques  
apparents contre-indiquant la pratique  
des sports suivants en compétition :*

Fait à

Le

**Cachet du médecin**

**Signature du médecin**