



**Ensemble Scolaire
SAINT - GABRIEL**

**A remettre
au Professeur d'EPS
à la rentrée**

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION
A LA PRATIQUE SPORTIVE ET A LA COMPETITION**

Ce certificat doit être rempli pour chaque élève. Il servira également pour les élèves qui pratiquent le sport de compétition dans le cadre de l'Association Sportive.

Je soussigné(e), docteur en médecine, certifie avoir examiné :

Nom : Prénom :

Etablissement scolaire fréquenté :

et n'avoir constaté, à ce jour, **aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du sport.**

Si l'élève présente une inaptitude partielle, indiquez s'il vous plait, les activités déconseillées :

Fait à, le

Cachet du Médecin :

Signature du Médecin :