

NOM :

Prénom :

Compagnie : 5° Cie – 4° Cie – 3° Cie - 2° Cie - 1° Cie

CLASSE :

DOCUMENT A REMETTRE au BUREAU des SPORTS du LMSC

**CERTIFICAT DE NON CONTRE INDICATION
A LA PRATIQUE SPORTIVE**

Je, soussigné.....Docteur en médecine,

certifie avoir examiné Mr, Mlle ⁽¹⁾ :

Né(e) leet n’avoir constaté à ce jour aucun signe clinique décelable,
contre indiquant la pratique sportive en loisir et en compétition.

- Athlétisme
- Badminton
- Cross-training
- Football
- Handball
- Musculation
- Natation
- Section omnisports loisirs
- Tennis
- Tir à l’arc
- Volley
- VTT

- Boxe éducative
- Rugby
- Taekwondo

OBSERVATIONS :

.....

.....

.....

.....

A..... le.....

Signature du médecin traitant

Cachet du médecin

(1) Rayer la mention inutile