

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 <sup>(1)</sup> : .....

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

- Athlétisme
- Badminton
- Course d’orientation
- Fitness
- Football
- Musculation
- Natation
- Relaxation
- Section omnisports loisirs
- Step
- Tennis
- Tir à l’arc
- Volley
- VTT

- Boxe éducative
- Rugby
- Taekwondo

OBSERVATIONS :

.....

.....

.....

.....

A..... le.....2022.

**Signature du médecin traitant**

Cachet du médecin

(1) Rayer la mention inutile