

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.....2023.

**Signature du médecin traitant**

Cachet du médecin

(1) Rayer la mention inutile