



**DOCUMENT A REMETTRE AU
PERSONNEL DU BUREAU DES
SPORTS LORS DE LA CHAÎNE
D'INCORPORATION**

Certificat Médical* 2024 /2025

A FAIRE COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN TRAITANT DE VOTRE ENFANT

Je soussigné, Docteur.....

Certifie que l'élève

- Présente * - ne présente pas* de contre-indication à la vie en collectivité et en internat
* rayer la mention inutile
- Ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités sportives ci-dessous, dans le cadre scolaire et/ou en compétition :

| DANS LE CADRE SCOLAIRE | EN COMPÉTITION |
|---------------------------------|---------------------------------|
| ATHLÉTISME | ATHLÉTISME |
| LASER-RUN | LASER-RUN |
| NATATION | NATATION |
| ESCALADE | ESCALADE |
| COURSE D'ORIENTATION | COURSE D'ORIENTATION |
| IAIDO | IAIDO |
| GYMNASTIQUE | GYMNASTIQUE |
| DANSE | DANSE |
| VOLLEY-BALL | VOLLEY-BALL |
| HANDBALL | HANDBALL |
| RUGBY | RUGBY |
| FOOTBALL | FOOTBALL |
| BOXE / MMA | BOXE / MMA |
| JUDO / JUJITSU | JUDO / JUJITSU |
| SKI | SKI |
| BADMINTON | BADMINTON |
| COURSE PEDESTRE / TRAIL / CROSS | COURSE PEDESTRE / TRAIL / CROSS |
| TIR SPORTIF | TIR SPORTIF |
| MUSCULATION / CROSSFIT | MUSCULATION / CROSSFIT |
| FITNESS / STEP | FITNESS / STEP |
| AUTRES : | AUTRES : |

Rayer la ou les activité (s) sportive (s) contre-indiquée (s)

Aucune contre-indication

Observations éventuelles :

Fait àle

Signature et cachet

Document à remettre lors de la chaîne administrative le jour de l'incorporation