



L'attention du médecin examinateur doit être adaptée à l'âge du patient, aux type de sports pratiqués, ainsi qu'à la forme de pratique (sportive ou loisirs).

CERTIFICAT MEDICAL – de 40 ans

Je soussigné, Docteurcertifie avoir examiné ce jour,

NOMPRENOM.....

Date de naissance.....SEXE : Masculin Féminin

ADRESSE :.....

.....

et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE INDICATION à la pratique sportive (à cocher) :

de compétition

de loisir

pour le ou les sports suivants :

Remarques restrictives éventuelles pour certains sports :.....

.....

J'estime nécessaire une consultation spécialisée en Médecine du Sport :

OUI

NON

Date de l'examen :

Signature :

Cachet professionnel

Je soussigné, autorise un simple surclassement (pratique dans l'année d'âge immédiatement supérieure).

Date :

Signature :

Cachet professionnel

Noter les différentes disciplines pour les quelles