

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON-CONTRE-INDICATION  
A LA PRATIQUE SPORTIVE EN COMPÉTITION**

Je soussigné(e) :

Docteur en médecine, demeurant :

certifie avoir examiné :

né(e) le \_\_\_\_\_ et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique des sports suivants en compétition.

(Rayer seulement les sports contre-indiqués.)

*Sports collectifs*

Basket-ball  
Base-ball  
Football  
Handball  
Tchoukball  
Hockey sur gazon  
Rugby  
Volley-ball

*Sports d'expression*

Trampoline  
Danse  
Gymnastique rythmique et sportive (G.R.S.)

*Sports individuels*

Boxe française  
Boxe  
Escrime  
Judo  
Lutte

*Sports de balle*

Badminton  
Pelote basque  
Tennis  
Tennis de table  
Squash

*Sports de plein air*

Aviron  
Cano-kayak  
Course d'orientation  
Golf  
Planche à voile  
Voile  
Ski alpin  
Ski nordique  
Surf  
Escalade  
Spéléologie

*Autres sports individuels*

Athlétisme  
Biathlon  
Triathlon  
Cross  
Cyclisme, V.T.T.  
Natation  
Haltérophilie  
Tir à l'arc  
Patins à roulettes  
Sports équestres  
Sports de boules  
Sports de quilles  
Pentathlon U.N.S.S.  
Techniques de cirque

Autres (préciser) :

*N.B.* – Pour les sports ne figurant pas sur la liste ci-dessus et qui nécessitent un examen spécial préalable à la délivrance d'une licence (exemple : plongée, vol libre), il convient de se référer à la législation en vigueur dans la fédération concernée.

Fait à , le

*Cachet et signature du médecin*