

## **CERTIFICAT MEDICAL PREALABLE**

### **A LA PRATIQUE DU SPORT**

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_ certifie avoir examiné l'enfant \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre indiquant la pratique des sports suivants :

☐ O surf

☐ O sauvetage côtier

☐ O raid multisports

☐ O acrobranche

à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin