



19 rue de la Plaine  
38610 GIERES  
Tél : 04.76.89.42.59

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE – INDICATION  
A LA PRATIQUE SPORTIVE EN COMPETITION SCOLAIRE



ANNEE SCOLAIRE 2015-2016

Je soussigné(e) : .....

Docteur en Médecine, demeurant : .....

Certifie avoir examiné : .....

Né(e) le : ...../...../.....

Je n'ai constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique des sports en compétition scolaire mentionnés ci-dessous :

Rayer seulement les sports contre indiqués :

- |            |           |             |                         |             |
|------------|-----------|-------------|-------------------------|-------------|
| ATHLÉTISME | BADMINTON | BASKET BALL | COURSE<br>D'ORIENTATION | NATATION    |
| CROSS      |           | VOLLEY BALL | SKI ALPIN               | JUDO        |
|            |           | FOOT BALL   | SKI NORDIQUE            | GYMNASTIQUE |
|            |           | RUGBY       | BIATHLON                |             |
|            |           |             | ESCALADE                |             |
|            |           |             | VTT                     |             |

Fait à ..... le.....

Cachet et signature du médecin