

P-jointe n°2

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION

Je soussigné(e), docteur (Nom, prénom):

certifie, après examen de ce jour et au vu de son carnet de santé et de vaccinations,
que :

Nom d'usage et prénom (M, Mme):

Né(e) le :

- ne présente à ce jour aucune contre-indication apparente à la pratique sportive en général, y compris en compétition; (Article L. 231-2 de la loi relative au code du sport)

- ne présente pas à ce jour de contre-indication à la vie en collectivité;

- est à jour de ses vaccinations légales et obligatoires.

Le présent certificat, **valable 1 an** et établi à la demande de l'intéressé(e), est remis en main propre pour faire valoir ce que de droit. (Article L. 231-2 de la loi relative au code du sport)

Cachet du médecin



A

Le

Signature

**Confidentiel
médical**