

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur

adresse :

certifie que l'enfant

ne présente aucune contre-indication à l'activité physique et la pratique des sports suivants :

- | | |
|------------------|--|
| - arts du cirque | - marche – randonnée |
| - bowling | - natation |
| - bubble foot | - paddle |
| - canoë-kayak | - patinage sur glace |
| - course | - parcours dans les arbres |
| - cyclisme – vtt | - plongée (<i>initiation en piscine</i>) |
| - disc golf | - rafting – hydrospeed |
| - équitation | - sports collectifs (basket, baseball, tchoukball ...) |
| - escalade | - tennis |
| - escrime | - trampolines |
| - golf | |

Observations éventuelles:

.....
.....
.....

Fait à le

Signature