

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 :

- | | |
|----------------------|--|
| - aviron | - natation |
| - bouée tractée | - paddle |
| - canoë-kayak | - parcours dans les arbres |
| - course | - plongée |
| - cyclisme – vtt | - rafting – hydrospeed |
| - disc golf | - sauts sur trampolines |
| - équitation | - sports collectifs (basket, badminton, ...) |
| - escalade | - tennis |
| - escrime | - tchoukball |
| - golf | - ultimate |
| - hockey sur gazon | |
| - marche - randonnée | |

Observations éventuelles:

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

Fait à le

Signature