

## **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     | - paddle   |
| - canoë-kayak        | - parcours dans les arbres                             |
| - cyclisme – vtt     | - plongée ( <i>initiation en piscine</i> )             |
| - équitation         | - rafting – hydrospeed                                 |
| - escalade           | - rugby  |
| - escrime            | - sports collectifs (basket, baseball, tchoukball ...) |
| - golf               | - tennis   |
| - marche – randonnée | - ultimate   |
| - natation           |  |

Observations éventuelles:

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

Fait à ..... le .....

Signature