

# CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION

Ce certificat médical peut être établi par le médecin de son choix.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

avoir examiné(e) ce jour :

M. Mme. \_\_\_\_\_

né(e) le \_\_\_\_\_.

Je certifie qu'il (elle) ne présente pas de contre-indication médicale pour la ou les pratiques suivantes :

- A la pratique du sport en général<sup>1</sup>,
- A la pratique du canoë-kayak en loisir<sup>1</sup>,
- A la pratique du canoë-kayak en compétition<sup>1</sup>.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin :

N° RPPS :

---

<sup>1</sup>Rayer la ou les mentions inutiles.

# CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION

Ce certificat médical peut être établi par le médecin de son choix.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

avoir examiné(e) ce jour :

M. Mme. \_\_\_\_\_

né(e) le \_\_\_\_\_.

Je certifie qu'il (elle) ne présente pas de contre-indication médicale pour la ou les pratiques suivantes :

- A la pratique du sport en général<sup>1</sup>,
- A la pratique du canoë-kayak en loisir<sup>1</sup>,
- A la pratique du canoë-kayak en compétition<sup>1</sup>.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin :

N° RPPS :

---

<sup>1</sup>Rayer la ou les mentions inutiles.