



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 :

Mme, M, _____

Né,e le _____

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

- à la pratique du sport en général¹
- à la pratique du canoë-kayak en loisirs¹
- à la pratique du canoë-kayak en compétition¹

Fait à

Le

Signature et cachet du médecin

Numéro RPPS :

Rayer la ou les mentions inutiles