

**CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE A LA PRATIQUE  
DU CANOË KAYAK ET DE SES DISCIPLINES ASSOCIEES (\*)**

Je, soussigné(e), Docteur .....  
(en lettres capitales)

N° du médecin .....

certifie avoir examiné  M.  Mme .....

demeurant.....  
.....

et appartenant à l'association sportive :

**C.K.C.L - 1 Bd Kennedy - 85100 Les Sables d'Olonne**

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique :

Du canoë kayak et de ses disciplines associées (ou autre activité physique et sportive/APS) **en loisir**.

Du canoë kayak et de ses disciplines associées **en compétition** et dans sa catégorie d'âge :

Cadet(te)     Junior     Senior     Vétéran

De l'arbitrage sportif.

A ....., le .....

Signature et cachet du médecin

N.B. - Lorsque le médecin ne reconnaîtra aucune aptitude au consultant, il ne délivrera pas de certificat.

*(\*) Ce modèle de certificat a été établi en référence au modèle officiel du contrôle médico-sportif (CMS 79-1) en référence à la liste des activités pour lesquelles la Fédération Française de Canoë Kayak a reçu délégation du Ministre de la Jeunesse et des Sports et de la Vie Associative.*