

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 loisir¹
- à la pratique du canoë-kayak en compétition ¹

Fait à

Le

Signature et cachet du médecin

N° RPPS :

¹ Rayer la ou les mentions inutiles