

CERTIFICAT MEDICAL

DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

Je soussigné(e), _____,

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné

Mr/Mme _____

Né(e) le _____

et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique de la course à pied en compétition.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et

remis en mains propres le _____

à _____

Signature et Cachet du Médecin

*Le décret n° 2016-1157 du 24 août 2016 relatif au certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport porte à 3 ans la validité de ce document **UNIQUEMENT pour le renouvellement d'une licence sportive**. Pour la participation à une compétition sportive des non-licenciés, un certificat médical **daté de moins d'un an** au jour de la compétition reste obligatoire.*