

# CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE EN COMPETITION

Je soussigné(e) .....

Docteur en médecine, demeurant.....

Certifie avoir examiné..... né(e) le .....  
et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe clinique apparent **contre -indiquant** la pratique des sports suivants en compétition :

(Rayer seulement les sports contre -indiqués)

SPORTS COLLECTIFS	SPORTS DE BALLE	AUTRES SPORTS
Basket-Ball Base-Ball Football Hand-Ball Tchoukball Hockey-sur-gazon Rugby Volley-Ball  <b>SPORTS D'EXPRESSION</b> percussion Danse Gymnastique cirque  <b>SPORTS DUELS</b> Capoeira Escrime Judo Lutte	Badminton Pelote Basque Tennis Tennis de table bowling  <b>SPORTS de PLEIN-AIR</b> Course d'orientation Golf Ski alpin Ski nordique Escalade Accrobranche Trottinette en montagne <b>SPORTS NAUTIQUES</b> kayak Canoë Kayak Natation Planche à voile / catamaran Surf Paddle	<b>INDIVIDUELS</b> Athlétisme Biathlon vt Cross V.T.T. patin à roulette Tir à l'Arc patin à glace Sports équestres Sport de boules Sports de quilles Bike and Run paint ball skate tir à la carabine moto trial  <b>Autres (préciser) :</b>

**N.B. :** pour les sports ne figurant pas sur la liste ci-dessus et nécessitant un examen spécial préalable à la délivrance d'une licence (exemple : plongée, vol libre), se référer à la législation en vigueur dans la fédération concernée.

Fait à ..... le .....

**Cachet et signature du médecin**

## AUTORISATION PARENTALE

Je ..... soussigné(e) ..... *père,* ..... *mère,* ..... *tuteur,* ..... *représentant*  
*légal*.....

**Autorise** ..... mon  
enfant : .....  
à participer aux activités "sports vacances" organisés par le service des Sports de la Mairie d'Urrugne

**Autorise** l'éducateur responsable ou l'accompagnateur, à faire pratiquer en cas d'urgence, une intervention médicale ou chirurgicale.

Fait à .....le.....

**Signature :**