



## CERTIFICAT MEDICAL

Délivré par un médecin du sport

Je soussigné(e) ....., Médecin du Sport,

Certifie avoir examiné :

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../..... A : .....

Et **ne pas avoir constaté de contre-indication** à la pratique des activités physiques et sportives suivantes proposées dans les formations du STAPS de Font-Romeu :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> VTT   | <input type="checkbox"/> FITNESS              |
| <input type="checkbox"/> SKI   | <input type="checkbox"/> ATHLETISME           |
| <input type="checkbox"/> RANDONNEE                                     | <input type="checkbox"/> BADMINTON            |
| <input type="checkbox"/> ESCALADE                                      | <input type="checkbox"/> COURSE D'ORIENTATION |
| <input type="checkbox"/> NATATION                                      | <input type="checkbox"/> RUGBY                |
| <input type="checkbox"/> SPELEOLOGIE/CANYONING                         | <input type="checkbox"/> HANDBALL             |
| <input type="checkbox"/> SPORTS DE COMBAT                              | <input type="checkbox"/> FOOTBALL             |
| <input type="checkbox"/> MUSCULATION HALTEROPHILIE<br>FORCE ATHLETIQUE | <input type="checkbox"/> BASKETBALL           |

Observations du médecin :

---

---

---

---

Fait à ....., le ...../...../.....

**Signature et cachet obligatoire du médecin du sport :**