



## 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 général<sup>1</sup>
- à la pratique du canoë-kayak en loisir<sup>1</sup>
- à la pratique du canoë-kayak en compétition <sup>1</sup>

Fait à

Le

Signature et cachet du médecin  
N° RPPS :

---

<sup>1</sup> Rayer la ou les mentions inutiles