

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur certifie avoir examiné ce jour,

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : masculin féminin

et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION à la pratique sportive (cocher obligatoirement) :

de compétition

de loisir

pour le (ou les) sport(s) suivant(s) listé(s) :

(pour info, activités pratiquées en UFOLEP au verso)

MOBCROSS

remarques restrictives éventuelles pour certains sports :

J'estime nécessaire une consultation spécialisée en Médecine du Sport : OUI NON

Cachet professionnel

Date de l'examen :

Signature :

Le certificat est obligatoire pour la délivrance de la licence.

-TOUT Médecin Généraliste est habilité à la rédaction de ce certificat (cocher et remplir toutes les cases concernées. Barrer d'un TRAIT UNIQUE les cases laissées en blanc)

-L'UFOLEP est une fédération MULTISPORTS. La licence ouvre droit à plusieurs activités d'où la nécessité de préciser les éventuelles contre-indications à certaines pratiques.

- Le responsable du club (ou comité départemental) doit conserver ce certificat UN AN (une saison sportive).