

CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION

À remplir par l'intéressé(e) :

NOM :	PRÉNOM :
Né(e) le / /	
Adresse :	
Code postal :	Ville :

À remplir par le médecin :

Je soussigné(e), docteur en médecine, avoir examiné ce jour M. ; Mme*

Je certifie qu'il ; elle* ne présente pas de contre-indication médicale pour la ou les pratiques suivantes :

- à la pratique du canoë-kayak en loisir*
- à la pratique du canoë-kayak en compétition*

Fait à :

Le : / /

Signature du médecin et cachet :

N° RPPS :