



# 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 :