



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 :

Signature du médecin et cachet :

N° RPPS :

Le : / /

* Rayer les mentions inutiles