

UNION FRANÇAISE DES ŒUVRES LAIQUES

D'ÉDUCATION PHYSIQUE

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) Docteur _____

certifie avoir examiné ce jour,

NOM : _____

PRENOM : _____

date de naissance : _____

sexe : Masculin (1) Féminin (1)

et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION à

LA PRATIQUE SPORTIVE DE (ou DU) Randonnée Pédestre /

Gymnastique d'entretien / Raquettes neige

y compris en COMPÉTITION (1)

Nombre de sports autorisés :

cachet du médecin

date de l'examen : _____

signature

(1) rayer les mentions inutiles

N.B. : Le certificat médical est obligatoire pour la délivrance de la licence.

Tout médecin généraliste est habilité à la rédaction de ce certificat.

Multisport : Le code du sport précise : « ... un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique de l'activité physique ou sportive pour laquelle elle est sollicitée »