

Pour l'U. N .S. S.

**CERTIFICAT MEDICAL de NON CONTRE INDICATION
à la PRATIQUE SPORTIVE en COMPETITION**

Je soussigné (e) -----

Docteur en Médecine, demeurant -----

Certifie avoir examiné----- né (e) le -----

Et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique des sports suivants en compétition :

(Rayer seulement les sports contre indiqués)

SPORTS COLLECTIFS

Basket Ball
Base Ball
Foot Ball
Hand Ball
Tchouk Ball
Hockey sur gazon
Rugby
Volley Ball

SPORTS D'EXPRESSION

Trampoline
Danse
Gymnastique
G R S

SPORTS DUELS

Boxe française
Boxe
Escrime
Judo
Lutte

SPORTS DE RAQUETTES

Badminton
Pelote Basque
Tennis
Tennis de table
Squash

SPORTS DE PLEIN AIR

Aviron
Canoë kayak
Course d'orientation
Golf
Planche à voile
Voile
Ski Alpin
Ski Nordique
Surf
Escalade
Spéléologie

AUTRES SPORTS INDIVIDUELS

Athlétisme
Biathlon
Triathlon
Cross
Cyclisme, V T T
Natation
Haltérophilie
Tir à l'arc
Techniques de cirque
Patins à roulettes
Sports équestres
Sports de boules
Sports de quilles
Bike and Run
Pentathlon U N S S.

AUTRES (à PRECISER) : -----

N B : Pour les sports ne figurant pas sur la liste ci-dessus et nécessitant un examen spécial préalable à la délivrance d'une licence (exemple : Plongée, Vol libre), se référer à la législation en vigueur dans la fédération concernée.

Fait à -----, le -----

Cachet et signature du médecin.