



## CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE - INDICATION

*Ce certificat médical peut être établi par le médecin de son choix.*

Je soussigné(e):.....

Avoir examiné(e), ce jour

Mme, M.: .....

Né(e) le: .....

**Je certifie qu'il (elle) ne présente pas de contre)indication médicale pour la ou les pratiques suivantes (rayer les mentions inutiles):**

- à la pratique du sport en général
- à la pratique des sports nautiques en loisir
- à la pratique de la voile loisir
- à la pratique de la voile en compétition
- à la pratique du surf loisir
- à la pratique du surf en compétition
- à la pratique de la marche aquatique (longe-côte) en loisir
- à la pratique de la marche aquatique (longe-côte) en compétition
- à la pratique du canoë-kayak en loisir
- à la pratique du canoë-kayak en compétition

Fait à:

Le:

Signature et cachet du médecin  
N° RPPS

