



2023

De SENONES et du PAYS des  
ABBAYES

**CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION  
À LA PRATIQUE SPORTIVE ou À L'EFFORT PHYSIQUE**

Je soussigné( e), .....

Docteur en médecine

certifie que

M. / Mme

Nom : .....

Prénom : .....

Né( e) le : .....

***ne présente pas de contre- indication***

***- à la pratique sportive***

***- à l'effort physique***

Cachet du  
médecin

Date et  
signature