



De SENONES et du PAYS des
ABBAYES

CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION 2024 À LA PRATIQUE SPORTIVE ou À L'EFFORT PHYSIQUE

Je soussigné (e) _____

Docteur en médecine

certifie que

M. / Mme

Nom _____

Prénom : _____

ne présente pas de contre-indication

- à la pratique sportive
- à l'effort physique

Cachet du médecin

Date et signature