

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE

SAISON 2024-2025

Je soussigné(e), Docteur _____

Certifie avoir examiné,

NOM Prénom _____

Né(e) le ____ / ____ / _____ de sexe Féminin Masculin

Et n'avoir constaté ce jour aucune contre-indication apparente à la pratique du ou des activités sportives précisée(s) ci-dessous pour la saison sportive 2024-2025 (du 1^{er} septembre 2024 au 31 août 2025) :

en loisirs / entraînement ET en compétition

surclassement d'une année autorisé : oui / non

Les catégories allant par tranche de deux années civiles, un enfant (âgé par exemple de 10 ans) surclassé d'une année pourra être amené à jouer avec d'autres âgés de deux ans de plus (par exemple, de 11 et 12 ans).

Activité(s) sportive(s), à préciser impérativement : **VOLLEY-BALL, SOFT-VOLLEY, BEACH-VOLLEY** _____

Restrictions éventuelles : _____

Date, Signature, Cachet :