



## CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_

**certifie avoir examiné ce jour**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

date de naissance : \_\_\_\_\_ sexe : masculin  - féminin

**et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION, à ce jour, à la pratique sportive y compris en compétition.**

**(Cocher OBLIGATOIREMENT la ou les discipline(s) pratiquée(s)) :**

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Activités cyclistes           | <input type="checkbox"/> Danse                              | <input type="checkbox"/> Judo                 | <input type="checkbox"/> Ski alpin                     |
| <input type="checkbox"/> APE (Gym. entretien)          | <input type="checkbox"/> Ecole du sport labélisée           | <input type="checkbox"/> Jogging              | <input type="checkbox"/> Ski de fond – de randonnée    |
| <input type="checkbox"/> Arts martiaux                 | <input type="checkbox"/> Epreuves combinées, canyoning-raïd | <input type="checkbox"/> Modélisme            | <input type="checkbox"/> Surf & autres activités neige |
| <input type="checkbox"/> Athlétisme                    | <input type="checkbox"/> Equitation                         | <input type="checkbox"/> Natation             | <input type="checkbox"/> Tennis                        |
| <input type="checkbox"/> Basket                        | <input type="checkbox"/> Football                           | <input type="checkbox"/> Patinage sur glace   | <input type="checkbox"/> Tennis de table               |
| <input type="checkbox"/> Badminton                     | <input type="checkbox"/> Futsal                             | <input type="checkbox"/> Randonnées pédestres | <input type="checkbox"/> Tir                           |
| <input type="checkbox"/> Biathlon, duathlon, triathlon | <input type="checkbox"/> Gymnastique artistique             | <input type="checkbox"/> Raquettes neige      | <input type="checkbox"/> Tir à l'arc                   |
| <input type="checkbox"/> Canoë-kayak                   | <input type="checkbox"/> Gymnastique Rythmique Sportive     | <input type="checkbox"/> Roller et skate      | <input type="checkbox"/> Trampoline                    |
| <input type="checkbox"/> Course d'orientation          | <input type="checkbox"/> Golf                               | <input type="checkbox"/> Rugby                | <input type="checkbox"/> Twirling baton                |
| <input type="checkbox"/> Course hors stade             | <input type="checkbox"/> Hand-ball                          | <input type="checkbox"/> Sarbacane            | <input type="checkbox"/> Volley-ball                   |
|  |   |   | <input type="checkbox"/> Water-polo                    |

Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

L'UFOLEP est une fédération MULTISPORTS et la licence ouvre droit à toutes les activités; d'où la nécessité de préciser les contre-indications à certaines pratiques.

J'estime nécessaire une consultation spécialisée en Médecine du Sport : OUI NON

Date de l'examen médical : \_\_\_\_\_

signature : \_\_\_\_\_

cachet professionnel

Je, soussigné, Docteur \_\_\_\_\_

Autorise un **simple surclassement** (pratique dans l'année d'âge immédiatement supérieure)

**Date de l'examen médical :** \_\_\_\_\_

Remarques :

- TOUT médecin généraliste est habilité à la rédaction de ce certificat.
- Toutes les cases doivent être renseignées, même négativement (les biffer). Ne pas oublier de dater et signer le certificat
- Le DOUBLE SURCLASSEMENT doit rester exceptionnel et ne peut être délivré que par un médecin du sport