



**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION  
À LA PRATIQUE PHYSIQUE OU SPORTIVE  
FÉDÉRATION FRANÇAISE EPMM Sports pour Tous**

Je soussigné, Docteur .....

Demeurant à : .....

Certifie avoir examiné  M.  Mme  Melle  l'enfant

Né(e) le : ..... demeurant à : .....

Et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe clinique contre-indiquant la pratique des activités physiques ou sportives suivantes :

- **Activités gymniques d'entretien et d'expression**
- **Activités de randonnée de proximité et d'orientation**
- **Jeux sportifs et jeux d'opposition**

Observations : .....

.....

.....

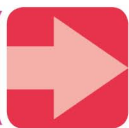
.....

.....

.....

Fait à ..... Le .....

**Cachet et signature du médecin**



**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION  
À LA PRATIQUE PHYSIQUE OU SPORTIVE  
FÉDÉRATION FRANÇAISE EPMM Sports pour Tous**

Je soussigné, Docteur .....

Demeurant à : .....

Certifie avoir examiné  M.  Mme  Melle  l'enfant

Né(e) le : ..... demeurant à : .....

Et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe clinique contre-indiquant la pratique des activités physiques ou sportives suivantes :

- **Activités gymniques d'entretien et d'expression**
- **Activités de randonnée de proximité et d'orientation**
- **Jeux sportifs et jeux d'opposition**

Observations : .....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à ..... Le .....

**Cachet et signature du médecin**