



Fédération Nationale

Sport en Milieu Rural

Certificat Médical

Attestant de l'absence de contre-indication à la pratique sportive

Je soussigné(e),

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné :

M. Mlle Mme :

Né(e) le :

et n'avoir pas constaté à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contreindiquant la **pratique du sport** :

*

.....

Fait à :

Date le :

SIGNATURE et CACHET DU MÉDECIN

Conformément au décret n° 2016-1387 du 12 octobre 2016, modifiant les conditions de renouvellement du certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport, ce certificat est valable trois ans, sous réserve de renouveler sa licence chaque année sans interruption, de répondre annuellement à un questionnaire de santé et d'attester avoir répondu négativement à toutes les questions. Sauf pour les disciplines à contraintes particulières.

*
(Indiquer la ou les activités sportives pratiquées)