**CERTIFICAT MEDICAL D’ABSENCE DE CONTRE-INDICATION PREALABLE A LA PRATIQUE DU CANOE-KAYAK**

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

certifie avoir examiné, ce jour :

Madame, Monsieur \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

né(e) le \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_

et qu’il ou elle ne présente pas de contre-indication médicale pour la ou les pratiques suivantes (1) :

- pratique du canoë-kayak en compétition

- pratique du canoë-kayak en loisir

- pratique du sport en général

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin

*(1) Rayer la ou les mentions non satisfaites*