

CERTIFICAT MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE DU CANOË KAYAK ET DE SES DISCIPLINES ASSOCIEES*

Je soussigné(e), Docteur

certifie avoir examiné M./Mme....., Age :

demeurant

appartenant à l'association sportive :

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de contre-indication à la pratique du canoë kayak et de ses disciplines associées (ou autre activité physique et sportive/APS) en loisirs et en compétition.

Si des sports sont contre-indiqués, merci de préciser ci-dessous :

A : le :

Signature et Cachet du Médecin

- En référence à la liste des activités pour lesquelles la fédération française de canoë kayak a reçu délégation du ministère de la jeunesse des sports et de la vie associative.