FÉDÉRATION FRANÇAISE
SPORTS POUR TOUS

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné……

Docteur en :

o Médecine Générale o Médecine du Sport o Autre Spécialité

Demeurant :

……

……

Certifie avoir examiné ce jour,

Né(e) le : …… / …… / …… à : ……..

Demeurant :

Et n'avoir relevé aucun signe clinique, ni aucune contre-indication dans les antécédents :

A LA PRATIQUE SPORTIVE, A L'ENCADREMENT ET L'ANIMATION DE LOISIR SPORTIF :

Sans restriction A l'exception de la (des) discipline(s)

……

……

Fait à …… Le ……. / ……. / …….

Signature et cachet du médecin

Informations au médecin signataire

L'article L 231-2 du Code du Sport prévoit que les Fédérations doivent veiller à la santé de leurs licenciés. En application de cet article, la délivrance de ce certificat ne peut se faire qu'après un « examen médical approfondi » qui doit permettre le dépistage d'une ou plusieurs affections justifiant une contre-indication temporaire ou définitive à la pratique sportive.