Certificat médical d'absence de contre indication à la pratique d'une activité physique et sportive

Je soussigné(e) _____Docteur en médecine,

Après avoir examiné ce jour _____ / _____ / _____

Mme ou M. _____

né(e) le _____ / _____ / _____

certifie après examen que son état de santé actuel :

• ne présente pas de contre-indication clinique à la pratique des activités physiques

ou sportives, en particulier pour la discipline suivante :

AEROMODELISME

☐ à l'entrainement et en compétition

☐ en loisir uniquement

Date :

Signature et cachet :