

NOM :

Prénom :

Année :

**CERTIFICAT MÉDICAL OBLIGATOIRE**

Je soussigné(e)................................................................................ Docteur en médecine certifie que

l’étudiant(e)……………………………………………………………………………………………………….

**Ne présente pas de contre-indication à l’EPS**

**Ne présente pas de contre-indication à la pratique des APS adaptées (Cocher les activités possibles)**

* Aquagym
* Yoga
* Natation

Renforcement musculaire et stretching

Musculation adaptée (avec appareils)

Pilates et méthodes de relaxation

**Présente une contre-indication à toute pratique physique**

**Ne présente pas à ce jour de contre-indication aux sports en compétitions** (**rayer les sports non autorisés dans la liste ci-dessous**)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SPORTS COLLECTIFS**  Base Ball  Basket Ball  Beach-Volley  Football  Football américain  Handball  Hockey  Rugby (15, 13, 7)  Softball  Ultimate  Volley-ball  Water-polo | **AUTRES SPORTS INDIVIDUELS**  Athlétisme  Biathlon  Bike and Run  Course à pied,  Cross  Cyclisme, V.T.T.  Equitation  Haltérophilie  Musculation  Roller  Tir à l’Arc  Trail  Triathlon | **SPORTS D’EXPRESSION**  Danse  Fitness  Gymnastique  G.R.S.  Patinage Artistique  Step  Trampoline  Zumba | **SPORTS DUELS**  Boxe  Boxe Française  Escrime  Judo  Karaté  Kick Boxing  Lutte |
| **SPORTS DE**  **RAQUETTE**  Badminton  Pelote-Basque  Squash  Tennis  Tennis Padel  Tennis-de-table | **SPORTS DE PLEIN AIR**  Alpinisme  Course d’Orientation  Escalade  Golf  Raid multisports  Raquettes à neige  Ski Alpin  Ski Alpinisme  Ski Nordique  Spéléologie | **SPORTS NAUTIQUES**  Aviron  Canoë Kayak  Natation  Planche à Voile  Voile  Surf | **Autres (préciser):** |



A………………………………….., le ………./………./…………

Signature et cachet du médecin (obligatoire ou n° d’inscription à l’ordre)