

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 BallBasket BallBeach-VolleyFootballFootball américainHandballHockey Rugby (15, 13, 7)SoftballUltimateVolley-ballWater-polo | **AUTRES SPORTS INDIVIDUELS**AthlétismeBiathlonBike and RunCourse à pied, CrossCyclisme, V.T.T.EquitationHaltérophilieMusculationRollerTir à l’ArcTrailTriathlon | **SPORTS D’EXPRESSION**DanseFitnessGymnastiqueG.R.S.Patinage ArtistiqueStepTrampolineZumba | **SPORTS DUELS**BoxeBoxe FrançaiseEscrimeJudoKaratéKick BoxingLutte |
| **SPORTS DE** **RAQUETTE**BadmintonPelote-BasqueSquashTennisTennis PadelTennis-de-table | **SPORTS DE PLEIN AIR**AlpinismeCourse d’OrientationEscaladeGolfRaid multisportsRaquettes à neigeSki AlpinSki AlpinismeSki NordiqueSpéléologie | **SPORTS NAUTIQUES**AvironCanoë KayakNatationPlanche à VoileVoileSurf | **Autres (préciser):** |



A………………………………….., le ………./………./…………

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