

**CERTIFICAT MÉDICAL**

Je soussigné, Docteur

certifie avoir examiné ce jour :

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : Masculin  Féminin

Et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE INDICATION à la pratique sportive de la (ou des) activité(s) suivante(s) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- en loisirs et entraînement
- en compétition
- avec SIMPLE SURCLASSEMENT, pratique dans l'année d'âge immédiatement supérieure

DATE DE L'EXAMEN : \_\_\_\_\_

Signature :

Tampon du médecin : →

\_\_\_\_\_

1. Le certificat est obligatoire pour la délivrance de la licence.
2. Tout médecin généraliste est habilité à la rédaction de ce certificat :  
**Remplir TOUTES LES CASES concernées ; les cases laissées en blanc sont considérées comme négatives, mais il est préférable de les barrer d'un trait unique.**
3. L'UFOLEP est une fédération MULTISPORTS et la licence ouvre à toutes les activités d'où la nécessité de préciser les éventuelles contre-indications à certaines pratiques.
4. Le responsable du club (ou département) doit conserver ce certificat 1 AN (une saison sportive).
5. Le DOUBLE SURCLASSEMENT doit rester exceptionnel et nécessite un examen spécialisé ainsi que l'avis de la Commission Médicale Nationale.