



## **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'entraînement et en compétition
- en loisir uniquement

Date :

Signature et cachet :