



CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné, Docteur : _____

certifie avoir examiné ce jour

Nom et prénom : _____

date de naissance : _____ sexe : masculin - féminin

et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION, à ce jour, à la pratique sportive y compris en compétition.

(Cocher OBLIGATOIREMENT la ou les discipline(s) pratiquée(s)) :

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Activités cyclistes | <input type="checkbox"/> Danse | <input type="checkbox"/> Judo | <input type="checkbox"/> Ski alpin |
| <input type="checkbox"/> APE (Gym. entretien) | <input type="checkbox"/> Ecole du sport labélisée | <input type="checkbox"/> Jogging | <input type="checkbox"/> Ski de fond - de randonnée |
| <input type="checkbox"/> Arts martiaux | <input type="checkbox"/> Epreuves combinées, canyoning-raid | <input type="checkbox"/> Modélisme | <input type="checkbox"/> Surf & autres activités neige |
| <input type="checkbox"/> Athlétisme | <input type="checkbox"/> Equitation | <input type="checkbox"/> Natation | <input type="checkbox"/> Tennis |
| <input type="checkbox"/> Basket | <input type="checkbox"/> Football | <input type="checkbox"/> Patinage sur glace | <input type="checkbox"/> Tennis de table |
| <input type="checkbox"/> Badminton | <input type="checkbox"/> Futsal | <input type="checkbox"/> Randonnées pédestres | <input type="checkbox"/> Tir |
| <input type="checkbox"/> Biathlon, duathlon, triathlon | <input type="checkbox"/> Gymnastique artistique | <input type="checkbox"/> Raquettes neige | <input type="checkbox"/> Tir à l'arc |
| <input type="checkbox"/> Canoë-kayak | <input type="checkbox"/> Gymnastique Rythmique Sportive | <input type="checkbox"/> Roller et skate | <input type="checkbox"/> Trampoline |
| <input type="checkbox"/> Course d'orientation | <input type="checkbox"/> Golf | <input type="checkbox"/> Rugby | <input type="checkbox"/> Twirling baton |
| <input type="checkbox"/> Course hors stade | <input type="checkbox"/> Hand-ball | <input type="checkbox"/> Sarbacane | <input type="checkbox"/> Volley-ball |
| | | | <input type="checkbox"/> Water-polo |

Autres (précisez) : _____

L'UFOLEP est une fédération MULTISPORTS et la licence ouvre droit à toutes les activités; d'où la nécessité de préciser les contre-indications à certaines pratiques.

J'estime nécessaire une consultation spécialisée en Médecine du Sport : OUI NON

Date de l'examen médical : _____

signature :

cachet professionnel

Je, soussigné, Docteur _____

Autorise un **simple surclassement** (pratique dans l'année d'âge immédiatement supérieure)

Date de l'examen médical : _____

Remarques :

- Le certificat médical est obligatoire pour la délivrance de la licence.
- TOUT médecin généraliste est habilité à la rédaction de ce certificat.
- Toutes les cases doivent être renseignées, même négativement (les biffer). Ne pas oublier de dater et signer le certificat
- Le DOUBLE SURCLASSEMENT doit rester exceptionnel et ne peut être délivré que par un médecin du sport