

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

Je soussigné(e) Dr :

Docteur en médecine, certifie avoir examiné :

Mr / Mme :

Né(e) le : / / .

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique du CrossFit, sport regroupant la pratique de plusieurs disciplines :

L'haltérophilie,

La gymnastique,

L'athlétisme,

Les sports collectifs.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit à la demande de l'intéressé et remis en main propre le : / / .

À

Signature et cachet du médecin: