

CERTIFICAT MEDICAL (*) ANNUEL PREALABLE A LA PRATIQUE DU CANOË KAYAK ET DE SES DISCIPLINES ASSOCIEES (**)

Je soussigné, Docteur

(en lettres capitales ou cachet)

demeurant

certifie avoir examiné

M.....

demeurant.....

appartenant à l'association sportive

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique : *(rayer la mention inutile)*

- du canoë kayak et de ses disciplines associées (ou autre activité physique et sportive / APS) en loisirs

- du canoë kayak et de ses disciplines associées en compétition et dans sa catégorie d'âge (préciser) :

- de l'arbitrage sportif

A le

Signature du médecin

N.B. – Lorsque le médecin ne reconnaîtra aucune aptitude au consultant, il ne délivrera pas de certificat.

* Ce modèle de certificat a été établi en référence au modèle officiel du contrôle médico-sportif (CMS 79-1)

** en référence à la liste des activités pour lesquelles la fédération française de canoë kayak a reçu délégation