



LANNION CANOË-KAYAK



CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION

Ce certificat médical peut-être établi par le médecin de son choix.

Je soussigné(e) : _____ avoir examiné(e) ce jour
Mme(1), M.(1) _____. Je certifie qu'elle – il (1) ne
présente pas de contre-indication médicale pour la ou les pratiques suivantes :

- ✓ A la pratique du sport en général (1)
- ✓ A la pratique du Canoë-Kayak et des Sports de Pagaies en Loisir (1)
- ✓ A la pratique du Canoë-Kayak et des Sports de Pagaies en Compétition (1)

Fait à : _____ le : _____

Signature et cachet du médecin
N°RPPS : _____

(1) Rayer la ou les mentions inutiles