



CERTIFICAT MÉDICAL

Je, soussigné, Docteur

certifie avoir examiné ce jour,

Nom - Prénom :

Date de Naissance :

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE INDICATION à la pratique sportive :

Avis du médecin

☐ de COMPÉTITION

☐ d'entraînement et d'ENTRETIEN

préciser la(les) activité(s) :

☐ pour TOUS SPORTS

☐ uniquement pour l'(es) activité(s)
suivante(s) :

.....
.....

☐ avec SIMPLE SURCLASSEMENT, pratique
dans l'année d'âge immédiatement
supérieure

NECESSITE UNE CONSULTATION SPECIALISEE EN MEDECINE DU SPORT :

☐ OUI

☐ pour un BILAN complémentaire

☐ NON

☐ pour des conseils et un suivi spécialisés

Tampon du médecin

date de l'examen :

signature :

N.B. :

1. le certificat est obligatoire pour la délivrance de la licence
2. TOUT médecin généraliste est habilité à la rédaction de ce certificat
 - remplir TOUTES les CASES concernées
 - les cases laissées en blanc sont considérées comme négatives, mais il est préférable de les barrer d'un trait unique.
3. L'UFOLEP est une fédération MULTISPORTS et la licence ouvre à toutes les activités d'où la nécessité de préciser les éventuelles contre-indications à certaines pratiques.
4. Le responsable de club (ou département) doit conserver ce certificat DIX ANS
5. Le DOUBLE SURCLASSEMENT doit rester exceptionnel et nécessite un examen spécialisé, ainsi que l'avis de la Commission Médicale Nationale.