



CERTIFICAT MEDICAL FSGT

Je soussigné(e), Docteur _____

Certifie avoir examiné le : _____

Nom et Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : Masculin Féminin

Demeurant à : _____

Licencié(e) au club de : (indiquer le club de rattachement) : _____

et n'avoir constaté à ce jour, AUCUNE CONTRE INDICATION pour la pratique de l'activité Physique et

Sportive suivante : _____

- de compétition
- d'entraînement et d'entretien

OU

Avoir constaté à ce jour, une contre indication pour la pratique des activités Physiques et Sportives suivantes :

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

OUI NON

Cachet Professionnel et Signature du Praticien