

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

Je soussigné(e) ..... Docteur en médecine,

Après avoir examiné ce jour

Melle ou M. ....

Né(e) le ...../...../.....

Certifie que son état de santé actuel ne présente pas de contre-indication à la pratique du sport en compétition, lors des épreuves organisées par la FF Sport U, hormis dans celui ou ceux rayé(s) ci-dessous.

Athlétisme	Judo Ju-Jitsu	Taekwondo
Aviron	Karaté	Teamgym
Aviron de mer	Karting	Tennis
Aviron indoor	Kick Boxing Light (assaut)	Tennis de table
Badminton	Kick Boxing Pré combat	Tennis padel
Bike & Run	Kick Boxing K1 rules (plein contact)	Tir à l'arc
Boxe Combat	Kite Surf	Tir sportif
Boxe éducative Assaut	Lutte	Trampoline
Bridge	Muay-Thai Pré combat	Triathlon
Canoë-kayak	Musculation	Voile
Course d'orientation	Natation	<b><u>Sports collectifs :</u></b>
Courses hors stade	Natation synchronisée	Basket-ball
Cyclisme - VTT	Patinage artistique et vitesse	Baseball
Danse	Pelote basque	Beach-volley
Echecs	Raids multisports	Football Américain
Equitation	Roller hockey	Football
Escalade	Sambo sportif	Futsal
Escrime	Savate Boxe F. Assaut	Handball
Fitness	Savate Boxe F. Combat	Hockey
Force Athlétique	Ski alpin	Rugby
Golf	Ski de fond	Softball
Gymnastique Art.	Snowboard	Ultimate
Gymnastique R.	Squash	Volley-ball
Haltérophilie	Surf	Water-polo
Handisports	Swimrun	
Judo		

**Autres** (à préciser par le médecin):

Date :

**Signature et Cachet :**

NB : Dans la délibération du Comité Directeur du 7/12/2016 et jusqu'à nouvel ordre, il a été décidé de ne pas utiliser la possibilité donnée par le Décret n°2016-1387 du 12 octobre 2016 du certificat médical valable 3 ans. **Un certificat médical de moins de 3 mois est donc obligatoire afin de prendre une licence FF Sport U.**