

# Certificat Médical

Je soussigné(e) Docteur .....  
certifie avoir examiné ce jour Mr, Mme, Mlle .....  
né(e) le ...../...../....., et n'avoir constaté aucune contre-indication apparente à la  
pratique des **activités sportives** :  **en loisir**

**en compétition**

Nombre de cases cochées : \_\_\_

<b>Fait à</b>	<b>Cachet du médecin</b> <small>(OBLIGATOIRE avec N° RPPS)</small>	<b>Signature</b>	<b>Date</b>

De plus, je certifie avoir constaté ce jour que Mr, Mme, Mlle  
..... ne présente ce jour aucune contre-indication  
apparente à la pratique de :

**Ultimate Frisbee**

**Disc Golf**

**Guts**

Surclassé(e)

Surclassé(e)

Surclassé(e)

*Pratique dans la catégorie immédiatement supérieure.*

Doublement Surclassé(e)

Doublement Surclassé(e)

Doublement Surclassé(e)

*Pratique dans la catégorie au-dessus de la catégorie immédiatement supérieure*

Nombre de cases cochées : \_\_\_

<b>Fait à</b>	<b>Cachet du médecin</b> <small>(OBLIGATOIRE avec N° RPPS)</small>	<b>Signature</b>	<b>Date</b>

Les licenciés(es) souhaitant obtenir une licence avec surclassement ou intégrer le Pôle France doivent  
présenter un certificat de non contre-indication à la pratique sportive datant de moins d'un an.