

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION  
à la PRATIQUE SPORTIVE EN ACM (accueils collectifs de mineurs)**

Je soussigné(e), .....  
 Docteur en Médecine, demeurant.....  
 Certifie avoir examiné.....né(e) le.....  
 Et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique des sports suivants :

(Rayer seulement les sports contre-indiqués)

<b><u>SPORTS COLLECTIFS</u></b> Basket-ball Base-ball Football Handball Tchoukball Hockey sur gazon Rugby Volley-ball	<b><u>SPORTS DE BALLE</u></b> Badminton Pelote Basque Tennis Tennis de table Squash/Padel	<b><u>SPORTS D'EAUX VIVES</u></b> Canyoning Rafting Hydrospeed Kayak/Canoë
<b><u>SPORTS D'EXPRESSION</u></b> Trampoline Danse Gymnastique GRS	<b><u>SPORTS DE PLEIN AIR</u></b> Aviron Canoë-kayak Course d'orientation Golf Stand-up paddle Planche à voile Voile Char à voile Ski Alpin Ski nordique Raquettes à neige Surf Escalade Randonnée pédestre Spéléologie	<b><u>AUTRES SPORTS INDIVIDUELS</u></b> Athlétisme Biathlon Triathlon Cross Cyclisme, VTT Natation Tir à l'arc Patins à roulettes, à glace Sports équestres Pétanque Sports de quilles Run and Bike Techniques de cirque
<b><u>SPORTS DUELS</u></b> Boxe Escrime Judo Arts martiaux(ou variantes) Capoeira Lutte	<b>AUTRES (préciser):</b>	<b><u>SPORTS MOTORISES</u></b> Karting Motocyclisme

N.B : pour les sports ne figurant pas sur la liste ci-dessus et nécessitant un examen spécial préalable à la délivrance d'une licence (ex: plongée subaquatique, vol libre), se référer à la législation en vigueur.

Fait à ....., le.....

Tampon et signature du médecin :