

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), 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 (à cocher) :

de compétition

de loisir

pour le (ou les) sport(s) suivant(s) : .....

remarques restrictives éventuelles pour certains sports : .....

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

Date de l'examen : .....

Signature :

*cachet professionnel*

Je soussigné(e), ....., autorise un simple surclassement (pratique dans l'année d'âge immédiatement supérieure)

Date : .....

Signature :

*cachet professionnel*

**Nota Bene :**

- 1) Le certificat est obligatoire pour la délivrance de la licence.
- 2) TOUT Médecin Généraliste est habilité à la rédaction de ce certificat  
 – cocher TOUTES les CASES concernées (les remplir)  
 – 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 du club (ou départemental) doit conserver ce certificat UN AN (une saison sportive).
- 5) Le DOUBLE SURCLASSEMENT doit rester exceptionnel et nécessite un examen spécialisé, ainsi que l'avis ou l'examen du Médecin Départemental UFOLEP.