



CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL D'APTITUDE A L'E.P.S. ET A LA PRATIQUE DES SPORTS

Je soussigné(e) Docteur en médecine

certifie avoir examiné

né(e) le

Établissement scolaire fréquenté : **Collège du Sacré-Cœur de Condé/Noireau**

et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique de l'éducation physique et des sports

PRATIQUE EN COURS D'E.P.S.

(Seuls les médecins rayent les sports contre-indiqués)

Sports collectifs

Basket-ball
Football
Handball
Rugby
Volley-ball
Base-ball
Hockey
Water-polo

Sports de pleine nature

Canoë-kayak
Course d'orientation
Golf
Char à voile
Voile
Roller
Street-hockey

Sports de raquette

Badminton
Tennis
Tennis de table

Sports duels

Judo

Sports d'expression

Danse
Gymnastique Artistique
Gymnastique Rythmique
et Sportive (G.R.S.)
Accro-gym
Équitation

Autres sports individuels

Escalade-Grimper
Athlétisme
Cross
Cyclisme - VTT
Natation
Triathlon

Autres (à préciser) :

.....

Nombre de sports contre-indiqués:

..... *(en lettres)*

PRATIQUE EN COMPETITION SCOLAIRE

(Seuls les médecins rayent les sports contre-indiqués)

Sports individuels

Athlétisme
Natation

Sports d'expression

Gymnastique Artistique

N.B. : Le certificat médical ne doit comporter aucune surcharge. Merci.

Fait à, le

Cachet du médecin

Signature du médecin