



**CERTIFICAT MEDICAL**  
Délivré par un médecin du sport

Je soussigné(e) ....., Médecin du Sport,

**Certifie avoir examiné :**

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../..... A : .....

**Et avoir constaté une contre-indication** à la pratique des activités physiques et sportives suivantes :

.....  
.....  
.....  
.....

*Les activités sportives susceptibles d'être proposées au STAPS de Font-Romeu (selon les mentions, années et options) sont VTT, ski, randonnée, escalade, Natation, sport de combat, spéléologie, canyoning, musculation-haltérophilie-force athlétique, escrime, fitness, athlétisme, badminton, course d'orientation, rugby, football, handball, basketball, volleyball)*

Cocher cette case s'il n'y a aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives pré-citées

Remarques du médecin et/ou Aménagement demandé pour raison médicale :

.....  
.....  
.....  
.....

Fait à ....., le ...../...../.....

**Signature et cachet obligatoire du médecin du sport :**