**CERTIFICAT DE**

**NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE SPORTIVE**

**A FAIRE COMPLETER PAR LE MEDECIN**

**ET**

**A RENVOYER OBLIGATOIREMENT A**

**FéMA**

Rue de France, 35
5600 PHILIPPEVILLE

**Nom du club**  :

**Vignette mutuelle**

**Type de handicap**

**ET**

 **OU**

**Nom** : **Prénom** : ..........................................

**Type de handicap :**

**Date de naissance :** **NISS** : ..............................................

Je soussigné, docteur en médecine, affirme que l’examen du sportif dont l’identité est reprise ci-dessus **ne révèle pas de contre-indication à la pratique sportive**.

**Certifié complet, cachet, date et signature du médecin**

Le………………………………