



**Certificat Médical de Non-Contre-Indication  
à la Pratique de la NATATION**

Je soussigné(e),..... , Docteur en Médecine,  
certifie que :

Nom .....Prénom.....

Date de naissance.....

ne présente pas de contre-indication apparente à la pratique de l'activité sportive  
suivante :

Natation loisir

Natation compétition

Fait le .....