

**CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION A LA  
PRATIQUE SPORTIVE**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ Docteur en médecine

Certifie que Mme/Mlle/M.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

*ne présente pas de contre-indication à la pratique sportive*

Le certificat médical est obligatoire uniquement pour les membres qui participent aux activités organisées par le Club Vosgien et qui figurent au calendrier des activités 2025.

Cachet du médecin

Date et signature