

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT ADAPTE

Je soussigné, Docteur :

certifie :

avoir examiné :

Mr, Mme, Melle :

Né(e) le :

Demeurant à :

et déclare qu'il (elle) ne présente pas à ce jour de contre-indication cliniquement décelable à la pratique du sport adapté (randonnée pédestre, endurance,..).

Observations particulières :

Fait à :

le :

Signature et tampon (obligatoire)



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Établissement :

Adresse :

Fax:

E-mail : @

Personne à contacter en cas d'urgence :



:

Dossier à renvoyer avant le 10 Avril 2026

Dossier à nous renvoyer avant le 10 Avril 2026 à l'adresse mail suivante :



EANM AP SH 34
Espace Camille Claudel
Rue Hector Berlioz
BP 112

34800 CLERMONT L'HERAULT
E-mail : accueil-ecc-tch@apsh34.org
E-mail 2: coeuretpastel-ecc@apsh34.org

