

CONTROLE MEDICO-SPORTIF

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON-CONTRE-INDICATION \***  
A LA PRATIQUE DES SPORTS EN COMPÉTITION

Je soussigné Docteur.....  
(En lettre capital ou cachet)

demeurant .....certifie avoir

examiné M.....

né le.....demeurant.....

.....

et n'avoir constaté, à la date de ce jour, aucun signe apparent semblant contre indiquer la pratique des sports en compétition.

A....., le.....  
Signature + cachet de Médecin

**SURCLASSEMENT**

Je déclare que

M.....

.....

présentant

1° Un bon état organique ;

2° Un bon état physiologique ;

3° Un bon équilibre morphologique

est APTÉ à pratiquer dans la CATEGORIE D'AGE IMMEDIATEMENT SUPERIEUR les sports en compétition sous toutes réserves de modification de l'état actuel

Le.....  
Signature du médecin

N.B.- Lorsque le médecin ne reconnaîtra aucune aptitude au consultant, il ne délivrera pas de certificat.

Si le sujet présente un développement physique suffisant, le médecin peut l'autoriser à pratiquer le sport de compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure à sa catégorie normale (surclassement).