



CERTIFICAT MEDICAL

préalable à la pratique du Canoë Kayak et de ses disciplines associées (**)

SAISON 2020

Je, soussigné(e), Docteur

(en lettres capitales ou cachet)

exerçant à :

Adresse

Code postal _____ Ville

certifie avoir examiné :

demeurant à :

Adresse

Code postal _____ Ville

adhérant à l'association sportive ISAC CANOË KAYAK (Guenrouët)

et ne pas avoir constaté à la date de ce jour de signes cliniques apparents, contre-indiquant la pratique du canoë-kayak et de ses disciplines associées :

- **1** en loisirs
- **2** en compétition dans sa catégorie d'âge

(Si besoin, rayer la mention **1** et/ou **2**)

Fait à le ____ / ____ / ____

Signature ou cachet du médecin

N.B. - Lorsque le médecin ne reconnaîtra aucune aptitude au consultant, il ne délivrera pas de certificat. Ce modèle de certificat a été établi en référence au modèle officiel du contrôle médico-sportif (CMS 79-1)

** En référence à la liste des activités pour lesquelles la fédération française de canoë kayak a reçu délégation du ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative.