

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), ....., Médecin,

Certifie avoir examiné :

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Demeurant à : .....

.....

et ne pas avoir constaté de contre-indications médicales à la pratique des activités physiques et sportives y compris en compétition.

Cet étudiant présente-t-il une prise en charge ou un traitement médical régulier et/ou au long cours

OUI  NON

L'intéressé(e) est-il à jour de ses vaccinations ?  OUI  NON

Fait à .....

le .....

Signature et cachet obligatoire du médecin :

### IMPORTANT :

L'étudiant doit conserver une copie de ce certificat dans le cadre d'une éventuelle inscription auprès du SUAPS. Aucune photocopie ne sera délivrée par le service de la scolarité.