

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.