



**Association de la Retraite Sportive**  
Centre Georges brassens BP 100 81  
34 980 ST Gély du Fesc  
[contact.ars.st.gely@gmail.com](mailto:contact.ars.st.gely@gmail.com)



## CERTIFICAT DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

Je soussigné, ..... Docteur en médecine,  
certifie avoir examiné ce jour :

Mme – M. ....Prénom .....

Né(e) le ..... / ..... / .....

et avoir constaté, ce jour :

- l'absence de contre-indication à la pratique du sport\*  
(activités sportives de loisir, hors compétition) ,
- la capacité d'assurer son autonomie dans le groupe .

Fait le..... / ..... / 20 .....

Cachet et signature du médecin

\* Article Code du Sport (Art. D. 231-1)