



CERTIFICAT MÉDICAL (*) ANNUEL PRÉALABLE A LA PRATIQUE DU CANOË KAYAK ET DE SES DISCIPLINES ASSOCIÉES (**)

Je soussigné, Docteur

(en lettres capitales ou cachet)

exerçant à

certifie avoir examiné

M.....

demeurant à

.....

appartenant à l'association sportive Kayak Club Terre de Camargue–Le Grau du Roi et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique :

(rayer la mention inutile)

- du canoë kayak et de ses disciplines associées (ou autre activité physique et sportive / APS) en loisirs
- du canoë kayak et de ses disciplines associées en compétition et dans sa catégorie d'âge (préciser) :
- de l'arbitrage sportif

A le/...../.....

Signature et tampon 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.