



**CERTIFICAT MEDICAL (*) ANNUEL
PREALABLE A LA PRATIQUE DU CANOË KAYAK
ET DE SES DISCIPLINES ASSOCIEES (**)**

Je soussigné, **Docteur**
(en lettres capitales)

Certifie avoir examiné :

NOM Prénom :

Appartenant à l'association sportive :

Club canoë kayak de Golbey Epinal St Nabord

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 catégories d'âge (*précisez*) :
.....
- De l'arbitrage sportif

Fait à

Le

**Cachet et signature du médecin
(obligatoire)**

N.B. : Lorsque le médecin ne connaîtra 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 et des Sports et de la Vie Associative.*