



**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.*