***Ass. Sport et Nature***

*Siège social : Mairie de Levroux*

*10 Place de l’hôtel de ville*

*36110 Levroux*

**Certificat médical**

Document à faire valider par votre médecin

Je sousigné(e) Docteur……………………………………………………..

Certifie avoir examiné ce jour

 NOM…………………………………..Prénom……………………………….

 Date de naissance………/………./………… Sexe : F M

 Et n’avoir constaté aucune contre-indication à la pratique sportive

 De loisir De compétition

 Pour le(s) activité(s) suivante(s)

 Vélo tout terrain Course à pied

 Cyclotourisme Sports enchainés

 Nombre de case coché

 Remarques restrictives éventuelles

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

Date de l’examen …… /……/…………

Signature plus cachet du praticien :