

# Faculté des Sciences & Techniques



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION  
A LA PRATIQUE D'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE  
Licence 1<sup>ère</sup> année STAPS ( Kine, Classique et Oui-si)**

(A faire compléter par votre médecin)

Je soussigné(e), ....., Docteur en médecine

Adresse .....

.....

certifie que l'état de santé de

M. Mme. Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... à .....

ne présente aucune contre indication, à ce jour, concernant la pratique d'activité physique sportive intensive et en compétition.

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) pour faire valoir ce que de droit.

Fait le ..... à .....

Signature et cachet du médecin obligatoire

