

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE
DES ÉPREUVES PHYSIQUES SPORTIVES ET ARTISTIQUES DU CONCOURS**

Je soussigné, docteur en médecine :

Demeurant.....
.....

Certifie avoir examiné à ce jour M / Mme.....
.....

Né-e le : __ / __ / ____ demeurant à :

Déclare ne pas avoir constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique des activités physiques sportives et artistiques suivantes :

SAUVETAGE AQUATIQUE (pratique obligatoire)

ATHLÉTISME (saut en longueur/course 400m)

BADMINTON

DANSE

ESCALADE

GYMNASTIQUE AU SOL

HANDBALL

JUDO

Date, signature et cachet du médecin