

**CERTIFICAT MEDICAL****CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE****DU SPORT EN COMPETITION**

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

Après avoir examiné ce jour

Melle ou M. ....

Né(e) le ...../...../.....

Certifie que son état de santé actuel ne présente pas de contre-indication à la pratique du sport en compétition, lors des épreuves organisées par la FF Sport U, hormis dans celui ou ceux rayé(s) ci-dessous.

Athlétisme  
Aviron  
Aviron de mer  
Aviron indoor  
Aviron longue distance  
Badminton  
Bike & Run  
Boxe Combat  
Boxe éducative Assaut  
Bridge  
Canoë-kayak  
Course d'orientation  
Courses hors stade  
Cyclisme VTT  
Danse  
Duathlon  
Echecs  
Equitation  
Escalade  
Escrime  
Fitness  
Force  
Golf  
Gymnastique Art.  
Gymnastique R.  
Haltérophilie  
Handisports

Judo  
Judo Ju-Jitsu  
Karaté  
Karting  
Kick Boxing Light (assaut)  
Kick Boxing Pré combat  
Kite Surf  
Lutte  
Muay-Thai Pré combat  
Musculation  
Natation  
Patinage artistique et vitesse  
Pelote basque  
Raids multisports  
Roller  
Hockey  
Sambo sportif  
Savate Boxe F. Assaut  
Savate Boxe F. Combat  
Ski alpin  
Ski de fond  
Snowboard  
Squash  
Surf  
Swimrun  
Taekwondo

Teamgym  
Tennis  
Tennis de table  
Tennis padel  
Tir à l'arc  
Tir sportif  
Trampoline  
Triathlon  
Voile

**Sports collectifs :**

Basket-ball  
Baseball  
Beach-volley  
Football Américain  
Football  
Futsal Handball  
Hockey  
Rugby (à 15, 13, 10, 7, 5)  
Softball  
Stand Up Paddle  
Ultimate  
Volley (4\*4, 6\*6)  
Water-polo

**Autres (à préciser par le médecin) :**

Date :

**Signature et Cachet :**

NB : Dans la délibération du Comité Directeur du 7/12/2016, il a été décidé de ne pas utiliser la possibilité donnée par le Décret n°2016-1387 du 12 octobre 2016 du certificat médical valable 3 ans. **Un certificat médical de moins de 3 mois est donc obligatoire afin de prendre une licence FF Sport U.**