FEDERATION FRANÇAISE RETRAITE SPORTIVE
SPORT SENIOR SANTÉ®

CERTIFICAT d'ABSENCE DE CONTRE INDICATION à LA PRATIQUE DU SPORT

Je soussigné, ……
Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Mme – M. ……Prénom ……

Né(e) le …… / …….. / ……

et avoir constaté, ce jour, l'absence de contre-indication à la pratique du sport (activités sportives de loisir, hors compétition).

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait le…….. / …….. / 20 ……..

Cachet et signature du médecin

• 12 rue des Pies • CS 50020 • 38361 Sassenage Cedex • Tél. : 04 76 53 09 80
• www.ffrs-retraite-sportive.org •
• Agrément N° 34 S 206 Association reconnue d'Utilité Publique •