

# CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION

## ACADÉMIE DES CADETS DE LA DÉFENSE NANTES

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

Exerçant à: \_\_\_\_\_

N° d'inscription à l'Ordre des Médecins: \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné:

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Né(e) le: \_\_\_\_\_

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication médicale à:

ACTIVITÉ	AUTORISÉ(E)	NON AUTORISÉ(E)
La pratique d'activités sportives		
La pratique de la compétition		
La vie en collectivité		
Les activités nécessitant une vigilance prolongée		

Observations particulières:

---

---

---

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Cachet et signature du médecin:

