

**CERTIFICAT MEDICAL (*) ANNUEL
PREALABLE A LA PRATIQUE DU CANOË KAYAK ET DE SES
DISCIPLINES ASSOCIEES (**)**

Je soussigné, Docteur
(en lettres capitales ou cachet)

Demeurant à.....

.....

certifie avoir examiné

M.....

demeurant

.....

.....

Appartenant à l'association sportive : ...CKSL.....(Canoë Kayak Sport Libourne).....
et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents
contre-indiquant la pratique : *(rayer la mention inutile)*

- du canoë kayak et de ses disciplines associées (ou autre activité physique et sportive / APS) en loisirs

- du canoë kayak et de ses disciplines associées en compétition et dans sa catégorie d'âge (préciser) :

- de l'arbitrage sportif

A le

Signature du médecin

N.B. - Lorsque le médecin ne reconnaîtra aucune aptitude au consultant, il ne délivrera pas de certificat.

* Ce modèle de certificat a été établi en référence au modèle officiel du contrôle médico-sportif (CMS 79-

** en référence à la liste des activités pour lesquelles la fédération française de canoë kayak a reçu délégation du ministère de la jeunesse des sports et de la vie associative