



Fédération Nationale

**Sport en Milieu Rural**

## Certificat Médical

**Attestant de l'absence de contre-indication à la pratique sportive**

Je soussigné(e), .....

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné :

M. Mlle Mme : .....

Né(e) le : .....

et n'avoir pas constaté à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contreindiquant la **pratique des activités sportives suivantes** :

.....

En compétition

En loisirs

Contre-indications particulières :

.....

Fait à : .....

Date le : .....

**SIGNATURE et CACHET DU MÉDECIN**

Conformément au décret n° 2016-1387  
du 12 octobre 2016, modifiant les conditions de renouvellement du certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport, ce certificat est valable trois ans, sous réserve de renouveler sa licence chaque année sans interruption, de répondre annuellement à un questionnaire de santé et d'attester avoir répondu négativement à toutes les questions. Sauf pour les disciplines à contraintes particulières.