

Nom de l'Association sportive : _____

CONTRÔLE MEDICO-SPORTIF

**CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE
A LA PRATIQUE DES SPORTS EN COMPETITION (1)**

Je soussigné, Docteur _____
(en lettres capitales ou cachet)

demeurant _____ certifie avoir

examiné M _____

né le _____ demeurant _____

et n'avoir constaté, à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent
contre-indiquant la pratique des sports suivants en compétition :

A _____, le _____ 20____
Signature du Médecin :

SURCLASSEMENT (2)

Je déclare que

M _____

présentant :

1° Un bon état organique;

2° Un bon état physiologique;

3° Un bon équilibre morphologique,

est APTE à pratiquer dans la CATEGORIE D'AGE
IMMEDIATEMENT SUPERIEURE les sports sui-
vants en compétition, sous toutes réserves de
modification de l'état actuel :

Le _____ 19____
Signature du Médecin :

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

(1) Obligatoire pour tout sportif et pour toute sportive quel que soit l'âge.

(2) Si le sujet présente un développement suffisant et une aptitude physiologique particulière (catégorie I de la classification médico-sportive) le médecin peut l'autoriser à pratiquer le sport de compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure à sa catégorie normale. Pour ces autorisations, il convient de prendre connaissance des règlements propres aux fédérations.