

Lieu : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## CERTIFICAT MEDICAL

### Non contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Monsieur/Madame \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant, au sein de l'Université de La Réunion (SUAPS, CRSU et ASU), la pratique :

- d'Activités Physiques, Sportives et Artistiques de loisir - validité : 3 ans  
*(Participation aux Manifestations sportives, aux Championnats Académiques intra-Universitaires, aux enseignements et animations des APSA autres que celles mentionnés ci-dessous)*
- d'Activités Physiques, Sportives et Artistiques en compétition - validité : 3 ans  
*(Participation aux Championnats de France Universitaires et aux Compétitions Fédérales)*
- de Sports de contact et de percussion - validité : 1 an  
*(Participation aux enseignements et animations des sports de combat et du rugby)*
- de plongée en niveau : \_\_\_\_\_ - validité : 1 an

Fait pour servir et valoir ce que de droit,

Signature et cachet du Médecin

Nombre de case(s) cochée(s) : \_\_\_\_\_