



**CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION**  
**A LA PRATIQUE NON COMPÉTITIVE**  
**DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES SPORT ADAPTÉ**

Je soussigné(e), Docteur .....

Certifie, après avoir examiné Mme, Mr .....

Né(e) le .....

**Qu'il (elle) ne présente ce jour aucun signe d'affection cliniquement décelable contre indiquant la pratique hors compétition à la FFSA.**

**Restrictions éventuelles concernant une ou plusieurs disciplines sportives** (préciser les disciplines concernées) : .....  
.....  
.....  
.....

Fait à..... le .....

Signature et cachet du médecin :

**NB : à fournir pour la 1<sup>ère</sup> délivrance de licence puis :**

- **Tous les 3 ans (sauf réponse positive à l'une des questions du questionnaire de santé QS-SPORT)**
- **Tous les ans pour la pratique du rugby, de l'alpinisme**
- **Tous les ans et rempli par un médecin agréé par la Fédération Française d'Etudes et de Sports Sous-Marins - FFESSM (plongée...), le snorkling (nage avec palme, masque et tuba) et les baptêmes de plongée.**