

# CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY

## L'ENFANT

NOM, Prénom : .....

Date de naissance : .....

## ZONE RESERVEE AU MEDECIN

Je soussigné,

NOM, Prénom : .....

Téléphone : .....

Titre et qualification : .....

Adresse : .....

Atteste que l'enfant ne présente aucune contre-indication décelable à la pratique du rugby en compétition dans le cadre de la section sportive scolaire.

NB : Tout certificat médical établissant une absence de contre-indication à la pratique du rugby en compétition vaut établissement d'une absence de contre-indication à la pratique du rugby loisir, de l'arbitrage en compétition et/ou pour entrainer.

Le présent certificat à été établi à la demande du patient et de son représentant légal, et lui a été remis en main propre.

*Aucune rature n'est autorisé.*

Date : .....

Lieux : .....

Signature et caché du praticien :