

**SERVICE UNIVERSITAIRE DES ACTIVITES
PHYSIQUES ET SPORTIVES**

**CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DES SPORTS**

Je soussigné, _____, Docteur en Médecine,
après avoir examiné ce jour :

Melle ou Mr
né (e) le/...../.....

Certifie que son état de santé actuel ne présente pas de contre- indication
à la pratique des activités sportives collectives et individuelles pratiquées
au SUAPS et à la Fédération Française du Sport Universitaire , exceptées
éventuellement :

-
-
-
-

Fait à, le

Signature & Cachet

PS : Le Parachutisme, les Sports subaquatiques et la Boxe exigent
des examens spécialisés complémentaires (neurologie, ORL et
Ophtalmologiques)

**SERVICE UNIVERSITAIRE DES ACTIVITES
PHYSIQUES ET SPORTIVES**

**CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DES SPORTS**

Je soussigné, _____, Docteur en Médecine,
après avoir examiné ce jour :

Melle ou Mr
né (e) le/...../.....

Certifie que son état de santé actuel ne présente pas de contre- indication
à la pratique des activités sportives collectives et individuelles pratiquées
au SUAPS et à la Fédération Française du Sport Universitaire, exceptées
éventuellement :

-
-
-
-

Fait à, le

Signature & Cachet

(A remettre au SUAPS)

PS : Le Parachutisme, les Sports subaquatiques et la Boxe exigent
des examens spécialisés complémentaires (neurologie, ORL et
Ophtalmologiques)