

**CERTIFICAT MÉDICAL OBLIGATOIRE**

Je soussigné(e)..... Docteur en médecine certifie que  
l'étudiant(e).....

- Ne présente pas de contre-indication à l'EPS**
- Ne présente pas de contre-indication à la pratique des APS adaptées (Cocher les activités possibles)**
  - Renforcement musculaire et stretching
  - Aquagym
  - Musculation adaptée (avec appareils)
  - Yoga
  - Pilates et méthodes de relaxation
  - Natation
- Présente une contre-indication à toute pratique physique**
- Ne présente pas à ce jour de contre-indication aux sports en compétitions (rayer les sports non autorisés dans la liste ci-dessous)**

<b>SPORTS COLLECTIFS</b> Base Ball Basket Ball Beach-Volley Football Football américain Handball Hockey Rugby Spike ball Softball Ultimate Volley-ball Water-polo	<b>AUTRES SPORTS INDIVIDUELS</b> Athlétisme Biathlon Bike and Run Course à pied, Cross Cyclisme, V.T.T. Equitation Haltérophilie Musculation - Crossfit Roller Tir à l'Arc Trail Triathlon	<b>SPORTS D'EXPRESSION</b> Danse Fitness Gymnastique G.R.S. Patinage Artistique Step Trampoline Zumba	<b>SPORTS DUELS</b> Boxe Boxe Française Escrime Judo Karaté Kick Boxing Lutte
<b>SPORTS DE RAQUETTE</b> Badminton Pelote-Basque Squash Tennis Tennis Padel Tennis-de-table	<b>SPORTS DE PLEIN AIR</b> Accrobranche Alpinisme Course d'Orientation Escalade Golf Raid multisports Raquettes à neige Ski Alpin Ski Alpinisme Ski Nordique Spéléologie	<b>SPORTS NAUTIQUES</b> Aviron Canoë Kayak Natation Planche à Voile Voile Surf	<b>Autres (préciser):</b>

A....., le ...../...../.....

Signature et cachet du médecin (obligatoire ou n° d'inscription à l'ordre)