

Nom de l'Association sportive : \_\_\_\_\_

CONTRÔLE MÉDICO-SPORTIF

## CERTIFICAT MÉDICAL ANNUEL PRÉALABLE A LA PRATIQUE DES SPORTS EN COMPÉTITION (1)

Je, soussigné, Docteur \_\_\_\_\_

(En lettres capitales ou cachet)

demeurant \_\_\_\_\_ certifie avoir

examiné M \_\_\_\_\_

né le \_\_\_\_\_ demeurant \_\_\_\_\_

et n'avoir constaté, à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent  
contre-indiquant la pratique des sports suivants en compétition :

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du Médecin :

### SURCLASSEMENT (2)

Je déclare que

M \_\_\_\_\_

présentant :

1° Un bon état organique:

2° Un bon état physiologique:

3° Un bon équilibre morphologique,

est APTE à pratiquer dans la CATÉGORIE D'ÂGE  
IMMÉDIATEMENT SUPÉRIEURE les sports sui-  
vants en compétition, sous toutes réserves de  
modification de l'état actuel :

Le \_\_\_\_\_

Signature du Médecin :

N. B. — Lorsque le médecin ne reconnaîtra aucune aptitude au consultant. Il ne délivrera pas de certificat.

(1) Obligatoire pour tout sportif et pour toute sportive quel que soit l'âge.

(2) Si le sujet présente un développement suffisant et une aptitude physiologique particulière (catégorie I de la classification médico-sportive), le médecin peut l'autoriser à pratiquer le sport de compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure à sa catégorie normale. Pour ces autorisations, il convient de prendre connaissance des règlements propres aux fédérations.