



**Club Sportif et Artistique  
des Ecoles Militaires de Bourges**

**CERTIFICAT MEDICAL**

**Je soussigné(e)** (Nom, prénom) .....

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour :

**M<sup>me</sup> /M<sup>lle</sup> /M<sup>\*</sup>**(Nom, prénom).....

**Né(e) le** :...../...../.....

et n'avoir constaté aucun signe clinique, ni aucune contre-indication dans les antécédents, à la pratique du ou des sport(s) suivant(s) et autorise;

SPORT(S)	MODE DE PRATIQUE*	
	Loisir	Compétition
	Loisir	Compétition
	Loisir	Compétition
	Loisir	Compétition
	Loisir	Compétition
	Loisir	Compétition

**Fait à** .....

**Signature**

**Délivré le** .....

**Cachet**

***Certificat établi à la demande l'intéressé et remis en mains propres(ou à son représentant légal pour les moins de 15 ans).***

**\* Rayer la (les) mention(s) inutile(s)**

Document à fournir pour la première demande de licence FCD ou lorsqu'au moins une réponse positive a été cochée dans le questionnaire de santé, à présenter au médecin.

*Conformément au décret 2016-1157 du 24 août 2016 (publié au JORF n°0198 du 26 août 2016) relatif au certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport.*