

CERTIFICAT MÉDICAL
DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU PARKOUR

Ce certificat médical doit être complété de préférence par un médecin du sport.

Nom du pratiquant :

Nom

Prénom

Date de naissance : / /

Je soussigné(e)

Dr

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour

.....

**dont l'état de santé ne présente aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du
PARKOUR.**

Date :

Signature du médecin + cachet :

