



CERTIFICAT MEDICAL
Délivré par un Médecin du Sport Agréé

Je soussigné(e)....., Médecin du Sport,

Certifie avoir examiné :

Nom :Prénom:

Né(e) le :À :

Demeurant à (*adresse*) :

.....

.....

et ne pas avoir constaté de contre-indications médicales à la pratique des activités physiques et sportives.

Cet étudiant présente-t'il une prise en charge ou un traitement médical régulier et/ou au long cours

OUI NON

L'intéressé(e) est-il à jour de ses vaccinations ? OUI NON

Fait àle

Signature et cachet obligatoire d'un médecin du sport agréé :

IMPORTANT:

L'étudiant doit conserver une copie de ce certificat dans le cadre d'une éventuelle inscription auprès du SUAPS. Aucune photocopie ne sera délivrée par le service de la scolarité.