

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE D'ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE**

Je soussigné(e), , Docteur en Médecine

Adresse.....

.....

.certifie que l'état de santé de

M. Mme. Nom :

Prénom :

Né(e) le

Ne contre indique pas, à la date de ce jour, la pratique d'activité physique et sportive

lors des cours délivrés par l'UFR STAPS de Paris Nanterre

en Licence 1^{ère} -2^{ème} et 3^{ème} année et en Licence Professionnelle.

SPORTS PRATIQUES PENDANT LE CURSUS DE LA LICENCE STAPS			
Athlétisme	Activités gymniques et acrobatiques	Fitness	Boxe française
Judo	Activités physiques et artistiques	Football	Rugby
Natation	Escalade	Badminton	Tennis
Basketball	Handball	Volley-ball	Tennis de table
Musculation			

Date :

Cachet professionnel

Signature