

## 1. CERTIFICAT MEDICAL DE NON-CONTRE INDICATION

► **Document obligatoire.**

Je, soussigné(e), docteur.....

✓ **atteste être médecin titulaire du CES de médecine du sport, de la capacité en médecine et biologie du sport ou du diplôme d'étude spécialisée complémentaire de médecine du sport ;**

✓ **certifie avoir examiné ce jour :**

NOM : ..... né(e) le ..... / ..... / .....

Prénom : .....

**et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique contre-indiquant**

- \* sa participation aux cours obligatoires d'éducation physique et sportive ;
- \* la pratique en compétition dans le cadre de l'association sportive scolaire, des activités suivantes :  
cross, athlétisme, handball, gymnastique, escalade, badminton, ski de fond ;
- \* la pratique sportive intensive dans le cadre du partenariat établi avec le club sportif de :  
.....  
pour les discipline sportives suivantes :

SECTION SPORTIVE SCOLAIRE     escalade     ski alpin     ski nordique de fond     snowboard     saut à ski

CLASSE A HORAIRES ADAPTES     hockey sur glace     natation     patinage artistique     autre pratique sportive :

\* la pratique sportive en compétition dans le cadre fédéral des disciplines sportives suivantes :

escalade     ski alpin     ski nordique de fond     snowboard     saut à ski

hockey sur glace     natation     patinage artistique     autre pratique sportive :

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Cachet et Signature du médecin

## 2. FICHE MÉDICALE EN VUE D'UNE PRATIQUE SPORTIVE INTENSIVE DANS LE CADRE SCOLAIRE

► **Document obligatoire.**

*Voir le modèle de fiche médicale à utiliser et à faire compléter par un médecin titulaire du CES de médecine du sport, de la capacité en médecine et biologie du sport ou du diplôme d'étude spécialisée complémentaire de médecine du sport.*

### RESERVE A L'ADMINISTRATION

#### SUIVI DE L'ETAT DE SANTÉ DE L'ÉLÈVE

Le professeur coordonnateur

L'infirmière scolaire

.....

.....

VU \_\_\_\_\_ *Certificat médical de non-contre indication* \_\_\_\_\_  VU  
 VU \_\_\_\_\_ *Fiche médicale en vue d'une pratique sportive intensive* \_\_\_\_\_  VU  
*dans le cadre scolaire à transmettre au médecin scolaire*

Le ..... / ..... / ..... : .....

Le ..... / ..... / ..... : .....

Le ..... / ..... / ..... : .....