

**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<sup>ère</sup> -2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> 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	Musculation
Basketball	Handball	Volley-ball	Tennis de table

Date : .....

Cachet professionnel

Signature