



CERTIFICAT MEDICAL*

Annuel et préalable à la pratique du Canoë Kayak et de ses disciplines associées (**)

SAISON 2019

Je, soussigné(e), Docteur *(en lettres capitales ou cachet)* :

Nom Prénom

demeurant à
Adresse

Code postal Ville

certifie avoir examiné :

Nom Prénom

demeurant à
Adresse

Code postal Ville

adhérant à l'association sportive CLUB CANOE KAYAK CLISSON

et ne pas avoir constaté à la date de ce jour de signes cliniques apparents, contre-indiquant la pratique du canoë kayak et de ses disciplines :

- associées *(ou autre activité physique et sportive / APS)* en loisirs.

et / ou *(rayer la mention inutile)*

- associées en compétition dans sa catégorie d'âge :

Fait à Le / /

Tampon du médecin Signature du médecin

www.ckclisson.fr

Slalom
Kayak polo
Rivière sportive
Mer
Descente
Stand Up Paddle



N.B. - Lorsque le médecin ne reconnaîtra aucune aptitude au consultant, il ne délivrera pas de certificat.

** Ce modèle de certificat a été établi en référence au modèle officiel du contrôle médico-sportif (CMS 79-1)*

*** En référence à la liste des activités pour lesquelles la fédération française de canoë kayak a reçu délégation du ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative.*

Moulin de Plessard
85610 Cugand
Tél. 02 40 54 39 59
E.mail : ckclisson@wanadoo.fr