



MULHOUSE & CRÊTES

**CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION  
A LA PRATIQUE SPORTIVE**

Je soussigné(e), ..... Docteur en médecine

certifie que M./

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .....

*ne présente pas de contre-indication à la pratique sportive*

Cachet du médecin

Date et signature



CLUB VOSGIEN MULHOUSE & CRÊTES – 33, Grand Rue – 68100 MULHOUSE  
email : [contact@club-vosgien-mulhouse.fr](mailto:contact@club-vosgien-mulhouse.fr) Internet : <https://club-vosgien-Mulhouse.fr>