



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

Je soussigné(e), Docteur ....., médecin agréé

certifie que l'état de santé de

M. - Mme.

Nom de naissance : .....

Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

- Ne contre indique pas, à la date de ce jour, la pratique d'activités physiques et sportives, et d'activités artistiques **lors des cours délivrés par l'UFR STAPS de l'Université Clermont Auvergne en Licence Niveau 1 ; Niveau 2 ; Niveau 3 ; DEUST ; diplôme d'université et Master.**

Fait à ..... le .....

Signature et cachet du praticien