

**CERTIFICAT MEDICAL**  
**DE NON CONTRE INDICATION**  
**A LA PRATIQUE**  
**DU VOL LIBRE ET DE LA VOILE**

Pris en application des articles L.231-2, L231\_2\_1 du Code du Sport

Je soussigné(e), Docteur ..... Certifie avoir examiné ce jour

Nom ..... Prénom ..... Né(e) le .....

Demeurant : .....

Certifie que son état de santé ne présente pas à ce jour, de contre indication à la pratique des sports ci-dessous :

- |   |  |                                       |  |   |
|---|--|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Voile Habitable</b> | <input type="checkbox"/> <b>Voile Légère</b> | <input type="checkbox"/> <b>Ski</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Paddle</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Kiteboard</b> |
| <input type="checkbox"/> Aile delta             | <input type="checkbox"/> Parapente           | <input type="checkbox"/> Speed-riding | <input type="checkbox"/> <b>Snowkite</b> | <input type="checkbox"/> <b>Landkite</b>  |

(Barrez les mentions inutiles si nécessaire)

Que cette pratique peut être exercée :

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> En compétition | <input type="checkbox"/> En enseignement | <input type="checkbox"/> En encadrement bénévole | <input type="checkbox"/> Hors compétition |
|---|--|--|---|

(Barrez les mentions inutiles si nécessaire)

Certificat remis en main propre et valable 1 an

Fait le ..... à .....

Signature et cachet du médecin examinateur