

**CERTIFICAT MEDICAL (\*) ANNUEL PREALABLE A LA PRATIQUE DU CANOË KAYAK ET DE SES DISCIPLINES ASSOCIEES (\*\*)**

Je soussigné, Docteur .....  
(en lettres capitales ou cachet)

demeurant .....

certifie avoir examiné

M.....

demeurant .....

appartenant à l'association sportive.....

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique : *(rayer la mention inutile)*

- du canoë kayak et de ses disciplines associées (ou autre activité physique et sportive / APS) en loisirs
- du canoë kayak et de ses disciplines associées en compétition et dans sa catégorie d'âge (préciser) : .....
- de l'arbitrage sportif

A ..... le .....  
Signature du médecin

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.