

Faculté des Sciences du Sport et de l'Éducation Physique
9 rue de l'Université – 59 790 Ronchin

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE
INTENSIVE ET VARIEE DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES**

Année universitaire 2024-2025

EXAMEN GENERAL (pour les étudiants entrant en 1^{ère} année STAPS)

Je soussigné, **Docteur en médecine** : _____

Certifie avoir examiné à la date de ce jour : ____ / ____ / 2024

Mme, M. : _____

Né(e) le : _____

Ne présente pas, à ce jour, de contre-indication cliniquement décelable à la pratique intensive des activités physiques et sportives exercées lors des enseignements qui seront délivrés par la Faculté des Sciences du Sport et de l'Éducation Physique de l'Université de Lille, à savoir :

- | | | |
|------------------------|-------------------------|-------------------|
| - Athlétisme | - Escalade | - Handball |
| - Basketball | - Natation | - Musculation |
| - Boxe | - Football | - Tennis |
| - Course d'orientation | - Gymnastique | - Tennis de table |
| - Danse | - Gymnastique rythmique | - Volleyball |

Merci le cas échéant, de préciser la ou les contre-indication(s) pour les activités physiques et sportives concernées : _____

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e), et remis en main propre.

A _____, le ____ / ____ / 2024

SIGNATURE ET CACHET (obligatoires)