

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

**Année universitaire 2023-2024**

**EXAMEN GENERAL (pour les étudiants entrant en 1<sup>ère</sup> année STAPS)**

Je soussigné, **Docteur en médecine** : \_\_\_\_\_

**Certifie avoir examiné à la date de ce jour** : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2023

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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2023

**SIGNATURE ET CACHET (obligatoires)**