



**FEDERATION FRANCAISE DE NATATION
COMITE REGIONAL DE LA COTE D'AZUR**

292 avenue de Cannes 06210 MANDELIEU
Tel : 04 93 49 23 16 - E.mail : ffncoteazur@aol.com

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
AUX PRATIQUES DE LA NATATION EN COMPETITION
TOUTES DISCIPLINES**

CATEGORIE			
AVENIR *		POUSSIN *	

(* renseigner l'année d'âge correspondante)

Date de naissance :

Age :

Sexe masculin

Sexe féminin

Taille :

I.M.C. :
(indice de masse corporelle)

Etat dentaire :

Correct

Soins

Observations :

Je, soussigné(e), Docteur -----,
diplômé(e) de la capacité de médecine du sport certifie que : -----
----- ne présente aucune contre-indication apparente à
la pratique de la natation en compétition.

Fait le-----
à-----.

Signature et cachet du médecin :