

# Certificat Médical

Je soussigné(e) Docteur ..... ,  
certifie avoir examiné ce jour Mr, Mme, Mx ..... ,  
né(e) le ...../...../....., et n'avoir constaté aucune contre-indication apparente à la  
pratique des **activités sportives** : ☐ **en loisir**

☐ **en compétition**

Nombre de cases cochées : \_\_\_\_

Fait à	Cachet du médecin ( <b>OBLIGATOIRE</b> avec N° RPPS)	Signature	Date

De plus, je certifie avoir constaté ce jour que Mr, Mme, Mlle  
..... ne présente ce jour aucune contre-indication  
apparente à la pratique de :

☐ **Ultimate Frisbee**

☐ **Disc Golf**

☐ **Guts**

☐ Surclassé(e)

☐ Surclassé(e)

☐ Surclassé(e)

*Pratique dans la catégorie immédiatement supérieure.*

☐ Doublement Surclassé(e)

☐ Doublement Surclassé(e)

☐ Doublement Surclassé(e)

*Pratique dans la catégorie au-dessus de la catégorie immédiatement supérieure*

Nombre de cases cochées : \_\_\_\_

Fait à	Cachet du médecin ( <b>OBLIGATOIRE</b> avec N° RPPS)	Signature	Date

Les licenciés(es) souhaitant obtenir une licence avec surclassement ou intégrer le Pôle France doivent  
présenter un certificat de non contre-indication à la pratique sportive datant de moins d'un an.

## Attestation de réponse au questionnaire QS-Sport

Je soussigné(e) Mr, Mme, Mx ..... ,  
né le ..... , atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT  
Cerfa N°15699\*01 et **avoir répondu par la négative** à l'ensemble des rubriques.

Fait à	Signature	Date

### Attestation pour les mineurs

Je soussigné(e) Mr, Mme, Mx, ..... ,  
en ma qualité de représentant légal de ..... ,  
né le ..... , atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT  
Cerfa N°15699\*01 et **avoir répondu par la négative** à l'ensemble des rubriques.

Fait à	Signature	Date