**CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE**

**A LA PRATIQUE DES SPORTS EN COMPETITION**

Je soussigné, Docteur :

 (en lettres capitales ou cachet)

Demeurant :

Certifie avoir examiné M. né le :

Demeurant :

Appartenant à l’association sportive : CAPA KARATE

Et n’avoir pas constaté, à la date de ce jour, des signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique

des sports suivants en compétition : KARATE

 A : le :

 Signature du médecin :

N.B.-Lorsque le médecin ne reconnaitra aucune aptitude au consultant, il ne délivrera pas de certificat.

Si le sujet présente un développement suffisant et une aptitude physiologique particulière (catégorie 1 de la classification médico-sportive). Le médecin peut l’autoriser à pratiquer le sport de compétition dans la catégorie d’âge immédiatement supérieure à sa catégorie normale. Pour ces autorisations, il convient de prendre connaissance des règlements propres aux fédérations et d’utiliser la formule suivante pour établir le certificat.

Je soussigné docteur Certifie après avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en vigueur que M.

 est apte à pratiquer dans la catégorie d’âge immédiatement supérieure, le sport suivant en compétition, sous toute réserve de modification de l’état actuel.

 A : le : / /

 Signature du médecin :