



## CERTIFICAT MÉDICAL ANNUEL D'APTITUDE À L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE ET À LA PRATIQUE DES SPORTS EN COMPÉTITION SCOLAIRE

Année Scolaire 2017-2018

Je soussigné, \_\_\_\_\_

Docteur en médecine, exerçant à \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné l'élève :

**NOM** \_\_\_\_\_

**Prénom** \_\_\_\_\_

**Né(e) le :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ à \_\_\_\_\_

**Scolarisé dans l'établissement en classe de** \_\_\_\_\_

« et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique de l'Éducation Physique et Sportive, ce qui permet de le déclarer **APTE** :

**à pratiquer les sports en compétition scolaire UGSEL**  
(Union Générale Sportive de l'Enseignement Libre).

et lui interdit la pratique sportive en compétition des sports suivants \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Rayer les  
mentions  
inutiles**

Signature et cachet  
du médecin :

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_