



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

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 _____