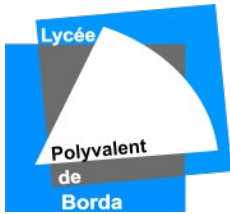




Région académique
NOUVELLE-AQUITAINE



**Certificat de non contre indication
à la pratique du RUGBY 2020/2021**
(à faire compléter par un médecin diplômé titulaire du CES
de médecine sportive)

Je soussigné (e), Docteur :,
Certifie avoir examiné ce jour :

NOM :

Prénom :

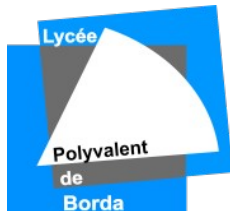
et qu'il (qu'elle) ne présente cliniquement aucune contre-indication à la pratique du rugby
dans le cadre de la section sportive scolaire.

Date :

Signature du médecin :



Région académique
NOUVELLE-AQUITAINE



**Certificat de non contre indication
à la pratique du RUGBY 202/2021**
(à faire compléter par un médecin diplômé titulaire du CES
de médecine sportive)

Je soussigné (e), Docteur :,
Certifie avoir examiné ce jour :

NOM :

Prénom :

et qu'il (qu'elle) ne présente cliniquement aucune contre-indication à la pratique du rugby
dans le cadre de la section sportive scolaire.

Date :

Signature du médecin :