



## ATHL  SANTÉ LOISIRS LENS AGGLO

Stade Léo Lagrange Ave Raoul Briquet  
62300 LENS

N  SIRET : 3418178900015

Agrément : 62SPI2-014

### INDICATIONS MEDICALES

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

- Contre-indications, problèmes physiques (diabète, arthrose, mal de dos...), exercices à éviter ou exclure (sauts, pompes, ...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné Mr/Mme : \_\_\_\_\_

N (e) le : \_\_\_\_\_

Et n'avoir constaté, à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique de l'athlétisme

- en compétition.
- en loisir

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature et cachet du Médecin