

**Participation aux Jeux de Sophia 2011**

Participant : .....

Société : .....

**CLUB DES DIRIGEANTS**

**Bureau des Jeux de Sophia**

WORLD TRADE CENTER - 1300 Route des Crêtes

06560 VALBONNE SOPHIA ANTIPOLIS

Tél : 04 83 15 71 13

E-mail : [info@jeuxdesophia.com](mailto:info@jeuxdesophia.com)

**Certificat médical  
pour la pratique d'épreuves sportives et de loisirs**

Je, soussigné(e) .....

Docteur en médecine, demeurant .....

Certifie avoir examiné .....

Né(e) le .....

Selon examen de l'état de santé de mon patient à ce jour, je ...

**N'émet AUCUNE CONTRE-INDICATION** pour la pratique de toutes les épreuves sportives en compétition indiquées ci-dessous

**CONTRE-INDIQUE** la pratique des épreuves en compétition indiquées ci-dessous :

**COCHER les épreuves CONTRE-INDIQUEES**

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Badminton            | <input type="checkbox"/> Football indoor            | <input type="checkbox"/> Randonnée pédestre  | <input type="checkbox"/> Tir au pistolet  |
| <input type="checkbox"/> Basketball           | <input type="checkbox"/> Football masculin          | <input type="checkbox"/> Relais VTT Nocturne | <input type="checkbox"/> Ultimate Frisbee |
| <input type="checkbox"/> Beach Volley         | <input type="checkbox"/> Golf (licence obligatoire) | <input type="checkbox"/> Roller Hockey       | <input type="checkbox"/> Vétathlon        |
| <input type="checkbox"/> Bowling              | <input type="checkbox"/> Handball                   | <input type="checkbox"/> Rugby à 7           | <input type="checkbox"/> Voile            |
| <input type="checkbox"/> Course d'Orientation | <input type="checkbox"/> Karting                    | <input type="checkbox"/> Squash              | <input type="checkbox"/> Volleyball       |
| <input type="checkbox"/> Cross Athlon         | <input type="checkbox"/> Natation                   | <input type="checkbox"/> Tag Rugby           | <input type="checkbox"/> VTT 15 km        |
| <input type="checkbox"/> Cross 2,5km/5km      | <input type="checkbox"/> Pelote Basque              | <input type="checkbox"/> Tennis              |   |
| <input type="checkbox"/> Cross 10km           | <input type="checkbox"/> Pétanque                   | <input type="checkbox"/> Tennis de table     |   |
| <input type="checkbox"/> Football féminin     | <input type="checkbox"/> Rameur électronique        | <input type="checkbox"/> Tir à l'arc         |   |

Fait à : ..... Le .....

Cachet et signature du médecin :