



FÉDÉRATION
FRANÇAISE
DU SPORT
TRAVAILLISTE

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

ANNEE 2026 / 2027

Je soussignée Dr..... , Docteur en Médecine,
certifie que l'examen de , né le
ne révèle pas de contre-indication à la pratique des disciplines suivantes dans
les conditions suivantes:

SARC,

- Enseignement
- Compétition
- Arbitrage
- Pratique sportive régulière

Certificat établi à

Date:

Signature et tampon du médecin: