

# CERTIFICAT MÉDICAL

(à remplir par le médecin)

Je soussigné, \_\_\_\_\_, Docteur en médecine,

certifie que :

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

- ☐ est apte à la pratique **du rugby en compétition** (dans le cadre de l'UNSS).
- ☐ présente un état de santé entraînant une **inaptitude totale** à la pratique du sport pour l'année scolaire en cours.
- ☐ présente une **inaptitude partielle** à la pratique des activités sportives et/ou des travaux pratiques

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Précisions éventuelles :

-----

-----

-----

-----

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

Signature **ET** cachet du médecin :