**ATTESTATION SUR L’HONNEUR DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE SPORTIVE**

Je soussigné(e) :  
  
Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_  
  
Atteste sur l’honneur ne présenter, à ma connaissance, aucune contre-indication médicale à la pratique du sport, y compris en compétition.  
  
Je déclare avoir pris connaissance que cette attestation ne remplace pas un avis médical et que je reste seul(e) responsable des informations fournies.  
  
Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_  
  
Signature :  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_