

Certificat Médical 2020-2021, à remplir par votre médecin

Décret N°2016-1157 du 24 août 2016 relatif au certificat médical
Attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport

La section 1 du chapitre 1er du titre III du code du sport est complétée par les articles D-231-1-1 à D.231-1-5 ainsi rédigés :

Art. D.231-1-1-1 les dispositions des articles L.231-2 à L.231-2-3 s'appliquant à toute licence délivrée par une fédération sportive ouvrant droit à la pratique d'une ou plusieurs disciplines sportives qu'elle organise, ainsi qu'aux licences d'arbitres.

La durée d'un an mentionnée aux articles L.231-2 à L.231-2-3 s'apprécie au jour de la demande de la licence ou de l'inscription à la compétition par le sportif.

Le certificat médical mentionné aux articles L.231-2 et L.231-2 qui permet d'établir l'absence de contre-indication à la pratique du sport mentionné, s'il y a lieu la ou les disciplines dont la pratique est contre-indiquée à la demande du licencié, ne porte que sur une discipline ou un ensemble de disciplines connexes.

Art.D.231-1-2. Le renouvellement d'une licence s'entend comme la délivrance d'une nouvelle licence, sans discontinuité dans le temps avec la précédente, au sein de la même fédération.

Art.D.231.-1-3 Sous réserve des dispositions des articles D.231-1-1-4 et D.231-1-5 la présentation d'un certificat médical d'absence de contre-indication est exigée tous les trois ans

Art.D.231-1-4 A compter du 1er juillet 2017, le sportif renseigne, entre chaque renouvellement triennal, un questionnaire de santé dont le contenu est précisé par arrêté du ministre chargé des sports.

Il atteste auprès de la fédération que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. A défaut, il est tenu de produire un nouveau certificat médical attestant de l'absence de contre-indication pour obtenir le renouvellement de la licence.

CERTIFICAT MEDICAL 2020-2021 à remplir par votre médecin

Je soussigné (e)....., docteur en médecine,

certifie avoir examiné

M/Mme.....Né(e) le

Et avoir constaté, à la date de ce jour, l'absence de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique de :

.....

Fait à, le.....

Signature du médecin prescripteur

Tampon du médecin prescripteur