

**CERTIFICAT MEDICAL TYPE**  
**DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU PARKOUR**

**Nom du pratiquant :**

**Nom** .....

**Prénom** .....

**Date de naissance :** ..... / ..... / .....

**Je soussigné(e)**

**Dr** .....

**Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour**

.....

**Dont l'état de santé ne présente aucun signe clinique apparent contre-  
indiquant la pratique du PARKOUR.**

**Date :**

**Signature du médecin + cachet :**