



CERCLE DE L'AVIRON DE STRASBOURG



Fondé en 1911
www.CercleAvironStrasbourg.eu

CERTIFICAT MEDICAL pour la pratique de l'aviron *en compétition**

Je soussigné, Docteur _____
(coordonnées du médecin)

certifie avoir examiné M. _____, né(e) le _____
(nom - prénom) (date de naissance)

demeurant _____
(adresse)

et, après avoir pris connaissance de la liste des contre-indications figurant ci-dessous, ne pas avoir constaté de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du sport de l'aviron *en compétition**.

Contre-indications à la pratique de l'aviron : toute cardiopathie risquant d'entraîner des modifications de l'hémodynamique, toute maladie métabolique et endocrinienne grave, néphropathie aiguë ou chronique, lésion pleuropulmonaire évolutive, affection du rachis dorsolombaire, épilepsie, perte de connaissance, vertiges, troubles de l'équilibre... et autres.

Fait à _____, le _____

Signature et cachet du médecin :

* Barrer le terme « en compétition » si la personne concernée peut pratiquer l'aviron uniquement dans des conditions de loisir.

Attention : la délivrance du certificat médical est obligatoire