

**CERTIFICAT MEDICAL de NON CONTRE INDICATION
à la PRATIQUE des SPORTS en COMPETITION
Saison 2024-2025**

Nom et prénom	
Date de naissance	
Adresse personnelle	
Téléphone	
Taille et poids	
Section JSP de	
Centre SP de	

AVIS MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur
médecin de sapeurs-pompiers à
médecin généraliste (uniquement pour les JSP) à
certifie avoir examiné à ce jour la personne indiquée ci-dessus et déclare qu'elle ne présente pas de contre-
indication cliniquement décelable, à ce jour, à la pratique des activités sportives des jeunes sapeurs-
pompiers en compétition :

- **Courses**
- **Cross**
- **Grimper de corde**
- **Lancer de poids**
- **Parcours sportif sapeur-pompier**
- **Saut en hauteur**
- **Triathlon (vitesse ou 1000m, Lancer de balles et Sauts multibonds)**

Ainsi qu'à la pratique en compétition des sports non statutaires suivants :

- **Natation**
- **Volley-ball**
- **Rassemblements techniques de concours de manœuvre**

Pour la saison sportive 2024-2025

Fait à : le :

Signature et cachet