

# CERTIFICAT MEDICAL

DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT ET/OU DE L'EQUITATION

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_ ,  
certifie avoir reçu et examiné le cavalier \_\_\_\_\_ ,  
né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
n° licence \_\_\_\_\_

Eu égard à l'examen du cavalier ci-dessus, je déclare n'avoir constaté à ce jour aucune contre-indication à la pratique du sport et/ou de l'équitation.

Pratique en compétition :       oui       non

N° d'inscription à l'ordre des médecins : \_\_\_\_\_

Date :

Signature et cachet du médecin :

---

## AUTORISATION PARENTALE POUR LES CAVALIERS MINEURS

---

Nom et prénom du représentant légal : \_\_\_\_\_

Qualité :       père       mère       tuteur

Je soussigné(e), déclare demander la licence compétition pour le/la cavalier/ière désigné(e) ci-dessus.

Date :

Signature :

### **RAPPEL**

**Le Code du sport exige la production d'un certificat médical de non contre-indication (validité 1 an) lors de la première délivrance de licence puis tous les trois ans pour la pratique loisir ou compétition. Dans l'intervalle, le cavalier doit fournir une attestation de santé.**

*Conformément aux dispositions de l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, les données des cavaliers sont collectées par la FFE. Ils disposent d'un droit d'accès et de rectification des données les concernant auprès de la FFE – Parc Equestre Fédéral – 41600 LAMOTTE-BEUVRON.*