



# CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, .....

Docteur en médecine (préciser la spécialité si besoin) ....., certifie avoir examiné

NOM : .....

Prénom : .....

Né le : .....

pour la recherche de pathologie n'impliquant aucune contre-indication à la pratique sportive du paintball.

Risques liés à la pratique du paintball :

- effort soutenu du genre "sprint"
- possibilité de traumatismes genre hématomes légers
- effort soutenu sur les articulations

À savoir qu'il a été recherché :

- problèmes cardio-vasculaires
- capacité à un effort soutenu
- problèmes anatomiques incompatibles aux mouvements de style "gymnastique"

De mon examen il ressort que : M/Mme .....

Est apte à la pratique sportive du paintball sans restriction.

Est apte à la pratique sportive du paintball avec les restrictions suivantes :

.....  
.....  
.....  
.....

DATE : .....

CACHET ET SIGNATURE DU PRATICIEN