

**CERTIFICAT MEDICAL A LA PRATIQUE DES  
ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES DES  
JEUNES SAPEURS-POMPIERS**

*Article L231-2-1 du Code du sport*

**Saison ...../.....**

Je soussigné(e), .....

\* Docteur en Médecine demeurant à .....

ou \* Médecin de Sapeurs-Pompiers du S.D.I.S. ....

Certifie avoir examiné ce jour (Nom et Prénom du J.S.P) :

.....

Né(e) le : ..... à .....

J.S.P. de la section de : .....

Et n'avoir constaté ce jour aucune contre-indication cliniquement décelable, à la pratique de toutes les activités physiques et sportives des Jeunes Sapeurs-Pompiers et plus précisément, des disciplines suivantes en compétition :

- ✓ Cross-country \*
- ✓ Epreuves athlétiques (saut en hauteur, poids, demi-fond, vitesse) \*
- ✓ Grimper de corde \*
- ✓ Natation \*
- ✓ Parcours Sportifs du Sapeur-Pompier (P.S.S.P.) \*
- ✓ Autres : « préciser » \* .....

Fait à : ..... Le : .....

Cachet et signature

\* Rayer la mention inutile