

# CERTIFICAT MEDICAL

Non contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives  
Année universitaire 2022/2023

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Monsieur/Madame \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant,  
au sein de l'Université de La Réunion (SUAPS, LRSU et ASU), la pratique de  
Plongée en niveau : \_\_\_\_\_ .

Fait pour servir et valoir ce que de droit,

Signature et cachet du Médecin

Lieu : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_