

## Certificat médical

Je soussigné, \_\_\_\_\_

Docteur en médecine (Préciser la spécialité s'il y a lieu)

avoir examiné M \_\_\_\_\_

né(e) le \_\_\_\_\_

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

### PROBLEMES LIEES A LA PRATIQUE DU PAINTBALL

- effort soutenu du genre « sprint »
- possibilité de traumatisme genre hématomes légers
- effort soutenu sur les articulations

A savoir :

- Problèmes cardio-vasculaires
- Capacité à un effort soutenu
- Problèmes anatomiques incompatibles avec des mouvements de style « gymnastique »

De mon examen il en ressort que :

M \_\_\_\_\_

- Est apte à la pratique du sport de Paintball sans aucune restriction
- Est apte à la pratique du sport de Paintball avec des précautions énumérées ci-après :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cachet du club  
ou du professionnel

Date de réception :

Cachet et Signature :

\*rayer les mentions inutiles



**Fédération de Paintball Sportif**

20 rue des Campanules, ZA du Mandinet - 77185 LOGNES

tel : 01 60 95 43 43 - fax : 01 60 95 43 42 - [www.paintball-france.com](http://www.paintball-france.com)