**CERTIFICAT**

 Je soussignée, Docteur XXX, certifie que **l’enfant XXX** née le XXX, ne présente pas de contre-indication médicale pour pratiquer le Sport XXX, pour l’année 2023-2024.

 Sa maladie entraine un risque hémorragique et justifie des mesures préventives: voir livret « Sport et PTI » et trousse d’urgence « Petits moyens d’hémostase ».

Un professionnel des Activités Physiques Adaptées (APA) peut être contacté pour aider à aménager les activités sportives, selon l'âge et le tempérament de l'enfant ou de l'adolescent, pour éviter les chocs violents: contact@o-cyto.org

Certificat fait à XXX le XXX pour servir et faire valoir ce que de droit.

 Docteur XXX