



CERTIFICAT MÉDICAL

Je, soussigné(e) _____

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour

M / Mme _____

Et avoir constaté qu'il / elle ne présente aucune contre-indication à la pratique
et à l'encadrement des activités physiques et sportives.

Fait le _____

À _____

Cachet du médecin (Bien lisible)

Signature du médecin