

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e),, Docteur en médecine,
certifie avoir examiné ce jour Mme / M.....
Né(e) le à,
et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités
physiques et sportives.

Fait à, le

Signature et cachet du médecin

P.S. : le certificat devra dater de moins d'un an à l'entrée en formation