

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e),, Docteur en médecine, certifie
avoir examiné ce jour Mme / M.

.....
Né(e)

le

et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités
physiques et sportives des Activités de la Forme (AF)

Fait à, le

Signature et cachet du médecin

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