

**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 de la Forme.

Fait à ....., le .....

**Signature et cachet du médecin**

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