

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

Centre de Ressources d'Expertise et de Performance Sportive - www.creps-bourgognefranchecomte.fr
15, rue Pierre de Coubertin - 21000 Dijon
3, avenue des Montboucons - 25000 Besançon