

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) _____ ,

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

Monsieur/Madame _____

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

Précisez la spécialité/mention du diplôme préparé _____

Fait le ____/____/20__

Signature et cachet (obligatoire)