



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e),....., Docteur en
médecine, certifie avoir examiné ce jour :

Mr/Mme.....

Né(e) le

A

Déclare que Mr/Mme.....ne présente
aucune contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités physiques
ou sportives.

A.....

Le.....

CACHET DU MEDECIN

SIGNATURE