



CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) _____

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné à ce jour,

M. ou Mme _____

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

Le _____

À _____

Signature et cachet du médecin :
(N° RPPS obligatoire)