

Certificat médical

(de moins de 1 an au moment de l'inscription)

Je soussigné(e)

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour

Madame, Mademoiselle, Monsieur (1)

NOM :

Prénom :

Et avoir constaté que le patient ne présente aucune contre-indication à la pratique et à l'enseignement des **Activités de la Forme (BP AF) (1)**

Et avoir constaté que le patient ne présente aucune contre-indication à la pratique et à l'enseignement des **Activités Physiques pour Tous (BP APT) (1)**

Fait à le

Cachet et signature du praticien

1) Rayer les mentions inutiles