

Certificat médical

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 cliniquement apparente à la pratique et à l'encadrement des Activités Physiques et Sportives.

Fait à le

Cachet et signature du praticien

(1) Rayer la mention inutile