

CERTIFICAT MEDICAL

De non contre-indication à la pratique sportive et à l'encadrement des Activités Physiques pour Tous
Obligatoire et daté de moins de 12 mois à l'entrée en formation

A faire compléter par votre médecin

Je soussigné(e), Docteur _____

Demeurant à : _____

CERTIFIE AVOIR EXAMINE

M _____ né(e)/...../.....

Demeurant : _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication médicale à la pratique et à l'encadrement des activités physiques et sportives – Activités Physiques pour Tous.

Observations éventuelles :

Fait à _____

le _____

Signature et cachet du médecin