

**Consolidation du Projet Professionnel  
dans les métiers du sport et de l'animation**

**CERTIFICAT MEDICAL**

De non-contre-indication à la pratique et à l'encadrement sportif

**A faire compléter par votre médecin  
et à remettre obligatoirement avec votre dossier d'inscription**

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 sportif.

Observations éventuelles :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin