

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