

Je soussigné(e), _____ Docteur en médecine,

Certifie avoir examiné ce jour

Mme / Mr _____, né(e) le ____ / ____ / ____

Et avoir constaté que l'intéressé(e) ne présente pas de non contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités physiques et sportives.

Fait à _____ Le _____

Cachet et signature du Médecin :