CERTIFICAT MÉDICAL

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-indica	ation à la pratique et à
l'encadrement des activités physiques et sportiv	es.	
Fait à	Le	
Cachet et signature du Médecin :		

I-PERFORM - Organisme de formation dédié aux métiers du sport-santé - Habilité DRAJES Nouvelle Aquitaine pour les formations BPJEPS Activités de la Forme et CSAMAP - Habilité France Active pour la formation CQP Instructeur Fitness - EURL au capital social de 5000 € enregistrée au RCS de Bordeaux B 801 764 192 - SIRET 80176419200036 - Numéro d'Activité 75331461133 -