



## CERTIFICAT MÉDICAL

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour

M / Mme \_\_\_\_\_

Et avoir constaté qu'il / elle ne présente aucune contre-indication à la pratique  
et à l'encadrement des activités physiques et sportives.

Fait le \_\_\_\_\_

À \_\_\_\_\_

Cachet du médecin (Bien lisible)

Signature du médecin