



*Le sport est votre passion,
Faites en votre profession !*

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur en Médecine :

certifie avoir examiné ce jour, Mme/Melle/M.

et avoir constaté que l'intéressé(e) ne présente pas de contre-indication **à la pratique
et à l'encadrement** des **ACTIVITES PHYSIQUES POUR TOUS**.

Fait à

le

Signature et cachet obligatoire :