**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 DE LA FORME.

Fait à ................................,

le ......................................

**Signature et cachet obligatoire** :