

## 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 :**