

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), , Docteur en médecine,

certifie avoir examiné ce jour : Monsieur, Madame ,
né(e) le / /

et avoir constaté qu'il/elle ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable pour la pratique et à l'encadrement de la discipline concernée :

- des Activités de la Forme
- des Activités Physiques ou Sportives pour Tous
- du Tennis de Table
- des activités de la montagne

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait à , le / /

Cachet et signature du Médecin