

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