

## 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 à la pratique et à l'encadrement de la discipline concernée :

- des Activités de la Forme**
- des Activités Physiques pour Tous
- du Tennis de Table
- des Sports Collectifs
- de l'Unité Capitalisable Complémentaire VTT
- 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*