



CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION



Daté de moins d'un an à la date d'entrée en formation

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

- Activités Physiques pour Tous
- Activités de la Forme
- Activités de la Montagne
- Tennis de Table
- Autre formation :

Observations :

.....
.....
.....

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