



# 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*