

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
À LA PRATIQUE ET À L'ENCADREMENT
DES ACTIVITES DE LA FORME
(DATÉ DE MOINS D'UN AN À LA DATE DES
EXIGENCES PRÉALABLES À L'ENTRÉE EN FORMATION)

Je soussigné(e).....,
docteur en médecine, atteste avoir examiné :

M./Mme ,
Né(e) le..... ,

et avoir constaté à la date de ce jour, qu'il (qu'elle) ne présente aucune contre-indication à la pratique
et à l'encadrement des activités de la forme.

Observations :

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

Fait à

le

(Signature et cachet du médecin obligatoires)