

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION**  
À LA PRATIQUE ET À L'ENCADREMENT  
**DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES**  
(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 physiques et sportives.

Observations :

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

Fait à .....

le .....

*(Signature et cachet du médecin obligatoires)*