

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
À LA PRATIQUE ET À L'ENCADREMENT
DES ACTIVITÉS DE LA FORME
(DATÉ DE MOINS D'UN AN À LA DATE
D'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)