1 avenue Édouard Belin
31400 Toulouse
+33 5 62 17 90 00

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
À LA PRATIQUE ET À L'ENCADREMENT
DES ACTIVITÉS 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)