RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

CREPS
Auvergne-Rhône-Alpes
Vallon-Pont-d'Arc • Voiron • Lyon

Certificat médical

Je soussigné(e), docteur en médecine : _____

certifie avoir examiné ce jour :

M. / Mme*

_____

Et avoir constaté qu'il / elle* ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique et à l'encadrement des **activités de la forme, notamment fitness et musculation.**

**rayer la mention inutile*

Le à

Signature et cachet du médecin