



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 physiques pour tous.**

*\*rayez la mention inutile*

Le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin