



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 ou multi-activités physiques et
sportives pour tous.**

**rayer la mention inutile*

Le _____ à _____

Signature et cachet du médecin