



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**

**Et / où**

**Activités Physiques et Sportives de la Forme**

*\*rayer la mention inutile*

Le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin