



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 et Sportives de la Forme**

**rayer la mention inutile*

Le _____ à _____

Signature et cachet du médecin