

**CERTIFICAT MÉDICAL
DE NON CONTRE-INDICATION
À LA PRATIQUE DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES**

Je soussigné(e),

Docteur

.

Certifie avoir examiné

Mme, Mlle, Mr

Né(e) le :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la
pratique des activités physiques et sportives

A

Le

Signature

Cachet