

Je soussigné(e), Docteur en Médecine, .....

certifie avoir examiné ce jour, Mr/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.**

*\*Rayer les mentions inutiles.*

**Fait à** \_\_\_\_\_ **le** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Cachet du Médecin Signature du Médecin**