

CERTIFICAT MÉDICAL
DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

Je soussigné(e),.....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

M./Mme.....

Né(e) le

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant **la pratique et l'encadrement des activités physiques et sportives.**

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en mains propres le

A

Signature et cachet du médecin