

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON
CONTRE-INDICATION, À LA
PRATIQUE ET À
L'ENCADREMENT
DES ACTIVITÉS PHYSIQUES
POUR TOUS**

Je soussigné(e),

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Mlle / Mme / M.

Né(e) le

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique et

l'encadrement **DES ACTIVITÉS PHYSIQUES POUR TOUS**

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé(e) et remis en main

propre le

A

Signature et cachet du médecin