



ORGANISME  
DE FORMATION-CFA

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION, À LA PRATIQUE ET À  
L'ENCADREMENT D'ÉDUCATEUR SPORTIF**

(Article A. 212-178 du code du sport)

Je soussigné(e), Dr..... certifie avoir examiné Mme ou  
M ..... qui ne présente pas ce jour de  
contre-indication cliniquement apparente à la pratique et à l'encadrement des  
activités physiques ou sportives.

Date : ...../...../.....

Signature

Nom :

Prénom :

Qualification(s)

Adresse :

Téléphone

N°ADELI