



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