

CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE ET A L'ENSEIGNEMENT DES ACTIVITES DE CYCLE

Je soussigné(e) Docteur

Certifie avoir examiné ce jour : Monsieur Madame

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

Et n'avoir pas constaté de contre-indication à la pratique et l'enseignement des activités
de cycle.

Date de l'examen :

Cachet du médecin

Signature du médecin