

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE ET A L'ENSEIGNEMENT DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES DE LA FORME

Je soussigné(e) Docteur

.....

Certifie avoir examiné ce jour : Monsieur ☐ **Madame** ☐

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique et à l'enseignement des activités physiques et sportives de la forme.

Date de l'examen :

Cachet du médecin



Signature du médecin



Ce certificat devra dater de moins d'un an à l'entrée en formation.