

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

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 ou sportives pour tous.

Date de l'examen :

Cachet du médecin

Signature du médecin

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