

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON-CONTRE INDICATION À LA  
PRATIQUE ET À L'ENSEIGNEMENT DES ACTIVITÉS DE LA  
FORME



Je soussigné(e), .....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Mlle/Mme/M. ....

Né(e) le .....

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique et l'enseignement des Activités de la Forme.

Certificat fait pour servir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en main propre

le .....

À .....

Signature et cachet du médecin