

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



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 Physiques pour Tous.

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