CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour :

M ……..

Né(e) le ……

à ……

déclare qu'…….. ne présente aucune contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités physiques ou sportives concernées soit ……..

A …… le …….

CACHET DU PRATICIEN Signature