



Certificat Médical Adulte

De non contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives.

Je soussigné (e), Docteur : Tel cabinet :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom : Prénom :

Né (e) le :/...../.....

Et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique de toutes activités sportives et d'entretien corporel.

Fait le :/...../..... à :

Cachet et Signature du Médecin :