

CERTIFICAT MÉDICAL

ADULTE

De non contre-indication à la pratique des 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 à _____ Le _____

Cachet et Signature du Médecin

