



## Certificat Médical

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 :