

Je soussigné(e), Docteur en Médecine,

certifie avoir examiné ce jour, Mr/Mme *

et avoir constaté qu'il / elle * ne présente aucune contre-indication apparente à la

Pratique des activités physiques et sportives.

**Rayer les mentions inutiles.*

Fait à _____ **le** ____ / ____ / _____

Cachet du Médecin Signature du Médecin