

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION  
A LA PRATIQUE, A L'ENSEIGNEMENT ET A L'ENCADREMENT  
DES ACTIVITES DE LA FORME

daté de moins d' 1 an à la date d'entrée en formation

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ Docteur en médecine,  
certifie avoir examiné ce jour

M<sup>me</sup> / M.\* \_\_\_\_\_

et avoir constaté qu'elle/il\* ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique, à l'enseignement et à l'encadrement des Activités de la Forme.

\* *razer la mention inutile*

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Cachet du praticien

Signature du praticien