

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

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^{me} / 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 Physiques pour Tous.

* rayer la mention inutile

Fait à _____, le _____

Cachet du praticien

Signature du praticien