

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

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 de la discipline concernée :

- des Activités de la Forme
- des Activités Physiques pour Tous
- du Badminton

* *razer la mention inutile*

Fait à _____, le _____

Cachet du praticien

Signature du praticien