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 Physiques et Sportives de la Forme
- ☐ Multi-Activités Physiques ou Sportives pour Tous
- ☐ du Badminton

* *rayer la mention inutile*

Fait à _____, le _____

Cachet du praticien

Signature du praticien