

## **CERTIFICAT MEDICAL**

-----

Je soussigné(e), .....,

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour

M.....

et avoir constaté qu'il ou elle ne présente aucune contre-indication à la  
pratique, à l'encadrement et à l'enseignement des activités physiques pour tous.

A ....., le .....

Signature et **cachet** du Médecin,