

# CERTIFICAT MÉDICAL

**ADULTE**

De non contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives.

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_ Tel cabinet \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

## **Certifie avoir examiné ce jour**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Né (e) le \_\_\_\_\_

**Et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique de toutes activités sportives et d'entretien corporel.**

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

**Cachet et Signature du Médecin**

