



**Certificat médical de non contre-indication
à la pratique et à l'enseignement des Activités Physiques pour Tous**

Je soussigné Docteur

Demeurant

CERTIFIE AVOIR EXAMINE

M / Mme Né(e) le

Demeurant

.....

Et n'avoir constaté à ce jour, de contre-indications médicales à la pratique et à l'enseignement des activités physiques pour tous.

Taille : Poids :

Observations éventuelles :

Fait à : Le :

Signature et Cachet du Médecin