



**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