



CERTIFICAT MÉDICAL



de non contre-indication à la pratique d'activité physique

Je soussigné, Dr.docteur en médecine,
certifie avoir examiné ce jour, Mme. / M.
né(e) le : et n'avoir pas constaté de contre-indication
apparente à la pratique de :

- l'ensemble des activités physiques proposées par CAP Sport Santé 83
- activité(s) physique(s) suivante(s):.....

A,
Signature du médecin :

le.....,
Cachet du médecin :