



**CERTIFICAT MÉDICAL**  
DE NON-CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE ET À  
L'ENCADREMENT DES ACTIVITÉS DE LA FORME

Je soussigné(e), Docteur .....

Adresse : .....

**CERTIFIE AVOIR EXAMINÉ :**

Monsieur / Madame : .....

Né(e) le : [ ] [ ] [ ]

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de contre-indication à la pratique  
et à l'encadrement des « **activités de la forme** ».

Observations éventuelles : .....

Fait à :

Le :

**Signature et Cachet du Médecin :**