



CERTIFICAT MÉDICAL
DE NON-CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DES
ACTIVITÉS PHYSIQUES POUR TOUS

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
des « **activités physiques pour tous** ».

Observations éventuelles :

.....
.....
.....

Fait à :

Le :

Signature et Cachet du Médecin :