CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) ..... ,

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné à ce jour,

M. ou Mme ..... ,

Et avoir constaté qu'il ou elle ne présente aucune contre-indication à la pratique et à l'encadrement de l'activité ou des activités physiques ou sportives.

Le .....

À .....

Signature et cachet du médecin :