

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné (e),

Docteur en médecine, demeurant

Certifie avoir examiné ce jour

Et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique et l'encadrement de(s) :

Activités de la Forme  Activités Physiques pour Tous  Athlétisme   
Activités de Loisirs Tous Public  Accueils Collectifs de Mineurs  DEJEPS ASC DPTR   
DESJEPS

Merci de cocher la case correspondante à l'inscription en formation.

A ..... Le .....

(Cachet et n° d'inscription à l'ordre des médecins et signature **obligatoires**)