

## 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**)