

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 Aisance aquatique

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**)