

CERTIFICAT MÉDICAL

DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT POUR TOUS

Je soussigné, Docteur _____,

Certifie avoir reçu et examiné ce jour : ☐ Mademoiselle ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM _____

Prénom _____

Né(e) le ____/____/____

Son état de santé ne présente aucune contre-indication à la pratique sportive en loisir.

Certificat médical établi à la demande de l'intéressé et remis en main propre.

Date _____

Cachet du médecin



Signature du médecin



Ce certificat est valable 1 an.