

CERTIFICAT MEDICAL

DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT SANTE

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.