

---

## CERTIFICAT MÉDICAL

Daté de moins d'un an à la date d'entrée en formation

---

### CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE ET À L'ENSEIGNEMENT DU SPORT

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ Docteur en médecine,

certifie avoir examiné en date du \_\_\_\_\_

M/Mme/Mlle\* \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

et avoir constaté qu'il (/elle) ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique  
et à l'enseignement des activités physiques et sportives.

#### Observations :

---

---

---

Fait à \_\_\_\_\_, le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cachet du Médecin Signature du Médecin