



**MINISTÈRE
DES SPORTS,
DE LA JEUNESSE
ET DE LA VIE
ASSOCIATIVE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



CERTIFICAT MÉDICAL

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

Je soussigné(e)....., Docteur en Médecine,

certifie avoir examiné ce jour,

Mme/M.....,

Né(e) le : à

et avoir constaté qu'il (elle) ne présente aucune contre-indication à la pratique et à l'encadrement :

(Précisez l'activité) :

y compris en compétition

Observations :

.....

Fait le : / /

À :

Signature et cachet (obligatoire) :