

Certificat médical

CS AMAP

Je soussigné,

Docteur en médecine, n° d'ordre certifie avoir examiné à ce jour,

Nom Prénom

Et avoir constaté :

- qu'il(elle) ne présente pas d'antécédents médicaux et de signes pathologiques cliniquement décelables,
- qu'il (elle) ne présente aucune contre-indication physique à la pratique et à l'enseignement du sport,

Fait à le

Signature et cachet