

CERTIFICAT DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE D'ACTIVITES PHYSIQUES SPORTIVES DE LOISIRS

Je soussigné _____

Docteur _____

Certifie avoir examiné _____

Mme/Mr _____

Né(e) le _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique d'activités physiques sportives de loisir suivantes :

-
-
-

Restrictions éventuelles :

A _____

Le _____

Signature du Médecin :

