CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) .....

Docteur en Médecine,

certifie avoir examiné ce jour,

Mme - Melle - M. .....

et avoir constaté que l'intéressé(e) ne présente pas de contre-indication à la pratique des « **ACTIVITES DE LA FORME »**.

Fait à .....,

le .....

Signature et cachet obligatoire :