

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL DE NON CONTRE-INDICATION

Je soussigné(e), Docteur

cachet



Certifie, après avoir examiné
Mme, Mr

Né(e) le :

Et n'avoir constaté, à ce jour, qu'aucun signe d'affection
cliniquement décelable, ne contre indique la pratique des activités
sportives de **loisirs** :

A :

Le :

Signature :

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL DE NON CONTRE-INDICATION

Je soussigné(e), Docteur

cachet



Certifie, après avoir examiné
Mme, Mr

Né(e) le :

Et n'avoir constaté, à ce jour, qu'aucun signe d'affection
cliniquement décelable, ne contre indique la pratique des activités
sportives de **loisirs** :

A :

Le :

Signature :