

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e),, Docteur en médecine,
certifie avoir examiné ce jour Mme / M.....

Né(e) le à,
et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités
physiques et sportives.

Fait à, le

Signature et cachet du médecin

P.S. : le certificat devra dater de moins de trois mois à l'entrée en formation

Centre de Ressources d'Expertise et de Performance Sportive - www.creps-bourgognefranche-comte.fr
15, rue Pierre de Coubertin - 21000 Dijon
3, avenue des Montboucons - 25000 Besançon