



BOUGER SANTE - SAISON SPORTIVE 20__/20__

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE D'ACTIVITES PHYSIQUES

Date :

Durée de validité du présent certificat : Un an autre :

Je soussigné(e), Docteur

certifie, après avoir examiné Mme, Mlle, Mr

Né(e) le qu'aucun signe d'affection cliniquement décelable, ce jour, ne lui contre indique la pratique d'activités physique d'entretien en travaillant : (Cochez s'il vous plait)

La souplesse

L'endurance

La force

L'équilibre

Restrictions ou remarques éventuelles :

.....
.....
.....
.....
.....

Fait à

Signature et cachet du médecin :