



CERTIFICAT MEDICAL



Je soussigné(e),, Docteur en médecine,

certifie avoir examiné ce jour : Monsieur, Madame,
né(e) le / /

et avoir constaté qu'il/elle ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable à la pratique et à l'enseignement de la discipline concernée :

- des Activités Physiques pour Tous
- des Activités de la Forme
- de l'Unité Capitalisable Complémentaire VTT
- des activités de la montagne

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait à, le / /

Cachet et signature du Médecin