

**Certificat médical de non-contre-indication à la pratique  
et à l'enseignement des Activités Physiques pour Tous**

Je soussigné(e), Docteur .....

Demeurant .....

**CERTIFIE AVOIR EXAMINE**

M. / Mme ..... Né(e) le .....

Demeurant .....

.....

Et n'avoir constaté à ce jour, de contre-indications médicales à la pratique et à l'enseignement des activités physiques pour tous.

Taille : ..... Poids : .....

Observations éventuelles : .....

Fait à : ..... Le : .....

Cachet du Médecin	Signature du Médecin
-------------------	----------------------