CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e)
Docteur en Médecine,
certifie avoir examiné ce jour,
Mme - Melle - M
et avoir constaté que l'intéressé(e) ne présente pas de contre-indication à la pratique et à
encadrement des « activités de la forme ».
Fait à,
le

Signature et cachet obligatoire