



CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné : Nom Prénom

Né(é) le :

Après examen, atteste que l'intéressé(e) ne présente pas à ce jour
de contre-indication à la pratique de :

.....

Date :

Cachet du médecin :

Signature :