



CERTIFCAT MEDICAL DE NON CONTRE-
INDICATION, A LA PRATIQUE ET A
L'ENCADREMENT DES MULTI ACTIVITES
PHYSIQUES OU SPORTIVES POUR TOUS
Article A. 212-178 du code du sport

Je soussigné (e), Docteurcertifie avoir
examiné Mme ou M.

Qui ne présente pas ce jour de contre-indication cliniquement apparente à
la pratique et à l'encadrement des activités physiques ou sportives pour tous.

Date :

Signature du médecin

tampon du médecin

COORDONNEES DU MEDECIN :

NOM :

Prénom :

Qualification(s) :

Adresse :

Téléphone :

N° ADELI :