



CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION, À LA PRATIQUE ET À L'ENCADREMENT D'ÉDUCATEUR SPORTIF

(Article A.212-178 du code du sport)

Je soussigné(e), Dr..... certifie 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.

Date :/...../.....

Signature

Nom :

Prénom :

Qualification(s)

Adresse :

Téléphone :

N°ADELI :

