

Je soussigné Docteur

certifie avoir examiné ce jour/...../.....

Mme – M. né(e) le/...../.....

et n'avoir noté aucun signe de contre-indication des activités de maintien en forme (hors compétition) :

Toutes activités confondues :

TAMPON DU MEDECIN
et SIGNATURE

Remis en main propre à l'intéressé pour faire valoir ce que de droit