



MINISTÈRE DES SPORTS

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e)Docteur en
médecine, certifie avoir examiné ce jour
M..... et n'avoir constaté
aucune contre indication à la pratique et à l'enseignement de
l'activité sportive suivante : cocher l'activité choisie

- Activités équestres
- Activités physiques pour tous
- Activités de la forme.

Fait à _____, le _____

Signature et cachet du médecin

P.S. : ce certificat devra dater **de moins de 1 an** à la date d'entrée en formation.