

Certificat médical

Le docteur soussigné

Certifie que M / Mme né(e) le à
.....

Ne présente, à ce jour, aucune maladie ou affection chronique ou évolutive de nature à ne pas pouvoir pratiquer les activités

Fait à le

Signature et cachet du médecin :

.....
.....
.....

(1) : Merci d'indiquer lisiblement votre nom en lettres capitales