



CERTIFICAT MEDICAL

Pour la pratique des activités physiques
Le présent certificat sera valable jusqu'au 30 juin 2025

Je soussigné(e).....,

Docteur en médecine, certifie que l'état de santé de :

Nom Prénom.....

Né(e) le

Ne présente à ce jour aucune contre-indication apparente à l'activité
suivante :

.....

Fait à Nancy,le/...../2024

Signature et cachet du Médecin