

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e)

Docteur en Médecine,

certifie avoir examiné ce jour,

Mme - Melle - M.

et avoir constaté que l'intéressé(e) ne présente pas de contre-indication **à la pratique et à l'encadrement des « activités de la forme ».**

Option Haltérophilie Musculation

Fait à,

le

Signature et cachet obligatoire