

CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION

Je soussigné(e) Docteur

certifie avoir examiné(e) ce jour M./Mme.....

Né(e) le et n'avoir pas constaté à ce jour de contre-
indications :



à la pratique des activités sportives suivantes

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



**à la pratique de toutes les activités physiques et/ou sportives adaptées
intégrées au dispositif Prescri'Forme**

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

• **Lieu**

• **Date** :

Signature et cachet du praticien

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