

## CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION

**Je soussigné(e) Docteur** \_\_\_\_\_

certifie avoir examiné (e) ce jour M/me \_\_\_\_\_

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    202

**Signature**

Cachet professionnel

