

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

