

CERTIFICAT MEDICAL

(de moins de 3 mois au moment de l'inscription)

Je soussigné(e)

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour

Madame, Mademoiselle, Monsieur (1)

NOM :

Prénom :

et avoir constaté que le patient ne présente aucune contre indication à la pratique et à

l'enseignement de (2)

.....

Fait à, le

Cachet et signature du praticien

(1) rayer les mentions inutiles

(2) préciser la spécialité