

## 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**

cachet professionnel
----------------------