

CERTIFICAT MEDICAL D'EDUCATEUR SPORTIF
(Article A. 212-178 du code du sport)

Je soussigné(e) Dr certifie avoir

Examiné M ou Mme

né(e) le à

qui ne présente pas à ce jour de contre-indication cliniquement apparente à la pratique intensive, et à l'encadrement des activités physiques ou sportives.

Date/...../.....

Signature

Nom :
Prénom :
Qualification(s) :
Adresse :
Téléphone :
N°ADELI :