

CERTIFICAT MEDICAL EDUCATEURS SPORTIFS

Je soussigné(e), ,
docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour

M , né(e) le , et
n'avoir constaté à la date de ce jour, aucune contre-indication médicale apparente à l'exercice de la
profession d'éducateur sportif pour la pratique et l'encadrement des activités sportives suivantes :

.....
.....

(Toutes les activités prévues par les qualifications déclarées doivent être mentionnées)

Fait le/...../..... à

Signature et cachet du médecin