

Cachet du médecin

**CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DES
Activités Physiques et Sportives**

Je Soussigné(e), Docteur.....

certifie, après examen, que l'état de santé de.....

ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique des activités organisées
dans le cadre des dispositifs proposés par l'Animation et Education Sportives de la
Ville de Dijon (pratiques non compétitives).

Le présent certificat médical est valable 1 an à compter de ce jour.

Fait à.....

Le.....

Signature