

Certificat médical

(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 des **Activités Gymniques de la Forme et de la Force**
(BP AGFF)

Fait à le

Cachet et signature du praticien

1) Rayer les mentions inutiles