

CONTRÔLE MÉDICO-PHYSIOLOGIQUE

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE	à la pratique et à l'enseignement
-------------------------------	-----------------------------------

DEUST	Métiers de la Forme
-------	---------------------

Je soussigné : Docteur
(en lettres capitales)

certifie avoir examiné à la date de ce jour :

Madame

Monsieur

et n'avoir constaté à l'examen clinique aucun signe apparent pouvant contre-indiquer les pratiques suivantes : *Stretching* – *Aquagym* – *Musculation* – *Cardio-training* et toutes les activités spécifiques de la forme.....

Fait à, le

Signature du praticien

Cachet du praticien
