

CONTRÔLE MÉDICO-PHYSIOLOGIQUE
-------------------------------

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

DEUST	SPA			
-------	-----	--	--	--

**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 : *natation – escalade – sports collectifs – danse – athlétisme – arts du cirque – ski – raquettes – voile – roller – skateboard...*

Fait à ....., le .....

Signature du praticien

Cachet du praticien
---------------------