

CONTRÔLE MÉDICO-PHYSIOLOGIQUE

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE	à la pratique et à l'enseignement
DEUST	SIS

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 : *Sports Collectifs - Arts Martiaux - Activités de pleine nature...*

Fait à, le

Signature du praticien

Cachet du praticien
