

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

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

DEUST	INA
-------	-----

**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
---------------------