

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
---------------------