



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



CREPS

Auvergne-Rhône-Alpes
Vallon-Pont-d'Arc • Voiron • Lyon

Certificat médical

Je soussigné(e), docteur en médecine : _____

certifie d'avoir examiné ce jour :

M. / Mme*

et avoir constaté qu'il / elle* ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique et

à l'encadrement de la ou les discipline(s) sportive(s) suivante(s) :

**rayez la mention inutile*

Le à

Signature et cachet du médecin