

Certificat médical PPI

Document à joindre à votre dossier de candidature

Je soussigné(e) , Docteur en médecine,

certifie avoir examiné :

NOM / Prénom

Né(e) le

Ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives.

Observations

.....

.....

Fait à

le

Cachet et signature du médecin