

Certificat d'absence de contre-indication

Je soussigné, Dr.....

Certifie avoir examiné (e) ce jour M/Mme

Né(e) le et n'avoir pas constaté à ce
jour de contre-indications :

A la pratique des activités sportives suivantes :

.....
.....
.....
.....
.....

A la pratique de toutes les activités physiques et/ou sportives adaptées

Fait à, Le

Tampon du médecin	Signature
--------------------------	------------------

Ce document est à remettre au patient pour prendre contact

avec

DELTA Noelly, enseignante en Activité Physique Adaptée chez Delt'APPA en

Guadeloupe

06 90 58 40 38