

| |
|--|
| <p style="text-align: center;">CERTIFICAT MÉDICAL CQP IF Options CC et/ou MPT</p> |
|--|

Je soussigné(e), Drn° d'ordre.....

certifie avoir examiné ce jour :

Nom Prénom né(e) le :

et avoir constaté :

- Qu'il (elle) ne présente pas d'antécédents médicaux et de signes pathologiques cliniquement décelables,
- Qu'il (elle) ne présente aucune contre-indication physique à la pratique et à l'enseignement du sport.

Date

Signature et cachet :