



**CERTIFICAT MÉDICAL DE
NON-CONTRE-INDICATION
AUX ACTIVITÉS SPORTIVES AIRLIB
MULTISPORTS**

Je soussigné(e), Docteur _____,

certifie avoir examiné ce jour :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre-indication médicale apparente à la pratique des activités sportives proposées dans le cadre de l'association AIRLIB Multisports, en loisir et/ou en compétition.

Certificat délivré à la demande de l'intéressé(e) pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / ____

Cachet et signature du médecin :
