

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie que

Madame, Mademoiselle, Monsieur (1).....

Né(e) le.....à

Ne présente aucune contre indication A LA PRATIQUE ET A L'ENSEIGNEMENT
DU (2).....

Fait à....., le.....

Cachet et signature du praticien

(1) Rayer les mentions inutiles

(2) Préciser la spécialité