

**ANNEXE**

**CERTIFICAT MEDICAL D'EDUCATEUR SPORTIF**

(Article A. 212-178 du code du sport)

Je soussigné(e) Dr ..... certifie avoir examiné M ou  
Mme ..... qui ne présente pas ce jour de  
contre-indication cliniquement apparente à la pratique et à l'encadrement des activités physiques ou  
sportives.

Date ...../...../.....

Signature

Nom :
Prénom :
Qualification(s) :
Adresse :
Téléphone :
N°ADELI :