



**CERTIFICAT DE NON CONTRE INDICATION A LA
PRATIQUE D'UN SPORT OU D'UNE ACTIVITE BIEN
ÊTRE AU SEIN OU A L'EXTERIEUR DE LA MAISON DU
BEL ÂGE**

Je soussigné, Docteur.....

Certifie que l'examen ce jour de

M. ; Mme,.....

(barrer les mentions inutiles, puis indiquer les nom et prénom du patient)

né(e) le.....

ne met pas en évidence, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique d'une activité physique et sportive.

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) pour faire valoir de ce droit.

Fait à..... **le**

Cachet et signature du médecin

(valable 2 ans)