CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION

Je soussigné, Docteur ……

Certifie avoir examiné : Nom …… Prénom ……

Né(é) le : ……

Après examen, atteste que l'intéressé(e) ne présente pas à ce jour de contre-indication à la pratique de :

……

Date :

Cachet du médecin :

Signature :

© IGESA - Edition 09/2021