

CERTIFICAT MEDICAL

Exigé pour tout(e) candidat(e) à la formation du **CQP « Instructeur Fitness »**

Option « Cours collectif » **et/ou** « Musculation, Personal trainer »

Je soussigné(e), _____ Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour Mr / Mme / Mlle* _____ et n'avoir constaté à l'examen clinique aucun signe apparent paraissant contre indiquer la pratique et l'encadrement des activités physiques et sportives.

Fait à

Le / /

Cachet du Médecin

A large, empty rectangular box with a black border, intended for the doctor's official stamp or seal.

Signature du Médecin

A large, empty rectangular box with a black border, intended for the doctor's handwritten signature.

* *Rayer la mention inutile.*