

Certificat Médical

Je soussigné(e) Docteur, certifie avoir examiné ce jour :

M ou Mme
Né(e) le/...../.....

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de contre-indication médicale à **la pratique et à l'encadrement** des activités du fitness dans le cadre du CQP Instructeur Fitness option Musculature et Personnel Training.

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

Fait à :
Le :

Cachet et signature du médecin