

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION, À LA PRATIQUE ET À L'ENCADREMENT POUR LA FORMATION DU DEJEPS SPÉCIALITÉ « PERFECTIONNEMENT SPORTIF » MENTION « SPORTS ÉQUESTRES » OPTION « CSO, DRESSAGE, HUNTER »

Je soussigné(e),

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Mlle / Mme / M.

Né(e) le

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique et

l'encadrement **DES SPORTS ÉQUESTRES**

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre le

A

Signature et cachet du médecin