



## Certificat d'absence de contre-indication

• Je soussigné(e) Docteur .....

certifie avoir examiné (e) ce jour M/ Mme .....

..... Né(e) le 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

et n'avoir pas constaté à ce jour de contre-indications :

à la pratique des activités sportives suivantes

**Pilates** .....

.....  
.....  
.....  
.....

à la pratique de toutes les activités physiques et/ou sportives adaptées intégrées au dispositif Prescri'Forme

• Lieu .....

• Date 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

• Signature

cachet professionnel
----------------------