

ifac.asso.fr



Certificat Médical

Je, soussigné Dr _____, docteur en médecine,

Certifie que l'examen de M, Melle, Mme _____

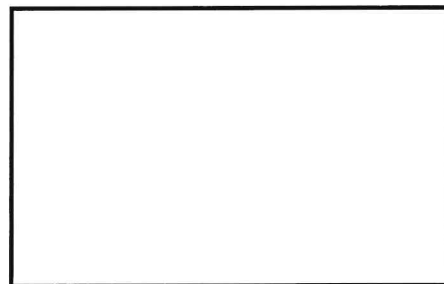
Date de naissance : _____ Age : _____

Ne révèle pas de contre-indication à la vie en collectivité, à la
pratique sportive et aux activités nautiques

Certificat é tabli à : _____

Date : _____ Signature du médecin: _____

Tampon du médecin :



ifac.asso.fr

Ifac Établissement Nord ■ 20 Mail Saint Martin BP101 ■ 59402 Cambrai Cedex

Tél. : 03 27 81 18 88 ■ Fax : 03 27 83 09 75 ■ E-mail : nord@ifac.asso.fr ■ www.ifac.asso.fr
L'association nationale (loi 1901) est agréée Jeunesse Education Populaire et association éducative complémentaire de
l'enseignement public / organisme de formation qualifié OPQF