



Après maladie,

## AVIS MEDICAL recommandé avant REPRISE D'ACTIVITES

Je soussigné,.....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

Mme – M. ....Prénom .....

Né(e) le ..... / ..... / .....

et n'avoir pas constaté, ce jour, de signes cliniques contre indiquant la reprise d'activités physiques.

Si besoin : précisions et recommandations ou préconisations à l'attention des animateurs :

Avis médical établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait le..... / ..... / 20.....

Cachet et signature du médecin