

# Certificat

Je soussigné Dr \_\_\_\_\_ certifie, avoir examiné ce jour

l'enfant \_\_\_\_\_ ,

né le     /     /     ,

et ne pas avoir constaté, à ce jour, de contre indication à la pratique d'activité physique, dans le cadre des ateliers d'Activité physique Adaptée, organisés par l'association Prof'APA en partenariat avec le RéPPOP Aquitaine.

**Cachet du médecin**

Fait à : \_\_\_\_\_ le     /     /

Signature :