

SPORTS-ARTS-APPRENTISSAGE (SAA)**CERTIFICAT MÉDICAL SELON LE QUESTIONNAIRE MÉDICO-SPORTIF**

Je, soussigné-e certifie avoir examiné en date du : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Et le (la) déclare :

- ☐ Apte à _____ **sans restriction**
- ☐ Apte aux conditions suivantes : _____

☐ Inapte

Lieu et date : _____ Timbre et signature du médecin (du sport)

Adresse et téléphone du médecin : _____

**Ce certificat est à joindre au dossier d'inscription ou à la demande de maintien
au concept « Sports-Arts-Apprentissage »**