

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON-CONTRE-INDICATION**

**à la pratique et à l'encadrement**

**pour la formation du TP Animateur d'Équitation (AE)**

Je soussigné(e), .....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Mlle / Mme / M. ....

Né(e) le .....

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique et  
l'encadrement **DES SPORTS ÉQUESTRES**

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé(e) et remis en main  
propre le .....

A .....

**Signature et cachet du médecin**