



ORGANISME  
DE FORMATION-CFA

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION, À LA PRATIQUE ET À  
L'ENCADREMENT POUR LA FORMATION :  
TP « ANIMATEUR D'EQUITATION »**

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 ACTIVITÉS 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**