

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON  
CONTRE-INDICATION, À LA  
PRATIQUE ET À  
L'ENCADREMENT  
DES ACTIVITÉS ÉQUESTRES**

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**