

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION
A LA PRATIQUE SPORTIVE
ANNEE 20..... -20.....

Je soussigné (e) Docteur

.....

certifie avoir examiné ce jour,

NOM/PRENOM

.....

Né(e) le / /.....

Et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique de
la gymnastique (précisez ci-dessous)

Babygym

Gymnastique

GR GAF GAM Team gym

Loisirs Compétition

Gym urbaine Acro

Fitness

Nombre de cases cochées :

Le / /.....

Cachet et signature