

Certificat médical

Je soussigné(e),, Docteur en médecine,
certifie avoir examiné en ce jour M. / Mme
né(e) le

- Et avoir constaté qu'il/elle ne présente pas d'antécédents médicaux et de signes pathologiques cliniquement décelable
- Et attester l'absence d'une contre-indication à la pratique et à l'encadrement des Activités Gymniques

Fait à, le.....

Cachet du médecin

Signature du médecin

Important : ce document doit être daté de moins de trois mois à la date de clôture des inscriptions