

# Certificat Médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique & sportive



Je soussigné (e) : ....., Docteur en Médecine,

Après avoir examiné Mme / M. : .....

Né(e) le ..... / ..... / .....

Certifie après examen que son état de santé actuel :

Ne présente pas de contre-indication clinique à la pratique des Activités Physiques ou Sportives, en particulier pour la Gymnastique :

- En Compétition et en loisir
- En loisir uniquement

Date ..... / ..... / .....

Signature  
et Cachet du Médecin