

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