



Certificat médical



Absence de contre-indication au Sport

Je soussigné, Docteur :

Demeurant à :

Certifie avoir examiné ce jour :

.....

Né(e) le : à :

**Et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre indication à la pratique de l'activité
Gymnique, y compris « en compétition » *:**

- Gymnastique Artistique Féminine
- Gymnastique Artistique Masculine
- Teamgym
- Aérobie
- Trampoline
- Gymnastique Rythmique
- Gymnastique Forme et Loisir : Bébé Gym / Baby Gym / Inis / Gym Adultes / Handigym
FreeStyle Gym

*** Cocher la ou les disciplines pratiquées**

Fait à : le : / /

Signature du Médecin

Cachet du Médecin