

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), , Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour Mme. / M., Né(e) le, et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités gymniques.

Fait à, le

Signature et cachet du médecin

P.S. : le certificat devra dater de moins d'un an à la date d'entrée en formation.

