

CERTIFICAT MEDICAL
DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE SPORTIVE

Je soussigné (e) Docteur.....

Certifie avoir examiné : Nom Prénom

Né(e) le

Après examen, atteste que l'intéressé (e) ne présente pas à ce jour de contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives ci-dessous :

- DANSE MODERNE
- GYM DOUCE
- GYM TONIQUE
- STEP AEROBIC
- ZUMBA

Date :

Signature et Cachet du Médecin :