

CERTIFICAT MEDICAL 2020/2021

JE, SOUSSIGNE

DOCTEUR EN MEDECINE, EXERCANT A

CERTIFIE AVOIR EXAMINE CE JOUR :

NOM/PRENOM

NE(E) LE / /

**ET N'AVOIR CONSTATE, A CE JOUR, AUCUNE CONTRE-INDICATION CLINIQUEMENT
DECELABLE A LA PRATIQUE DE L'ACTIVITE GYMNIQUE, Y COMPRIS « EN
COMPETITION ».**

FAIT A

LE / /

SIGNATURE

CACHET