



# TRIÈVES GYM VOLONTAIRE



## CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU (OU DES) SPORT(S) PRECISE(S) CI-APRES

Je soussigné(e) Docteur (en lettres capitales) :

.....

Certifie avoir examiné M. / Mme / Melle (rayer les mentions inutiles) :

.....

Date de naissance : .....

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes apparents contre-indiquant la pratique du ou des sports suivants :

- |  |                                    |  |
|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Gym d'entretien | <input type="checkbox"/> Gym douce | <input type="checkbox"/> Pilates         |
| <input type="checkbox"/> Stretching      | <input type="checkbox"/> BodyZen   | <input type="checkbox"/> Gym tonique     |
| <input type="checkbox"/> Cardio Training | <input type="checkbox"/> Yoga      | <input type="checkbox"/> Marche Nordique |

Date de l'examen : .....

Cachet du médecin et signature