



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