



CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL, PREALABLE A LA PRATIQUE DU SPORT EN SALLE

Je soussigné (e) Docteur : _____

Certifie avoir examiné :

M _____

Me _____

M _____

Date de naissance _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent, contre-indiquant la pratique :

la musculation

le fitness

la gymnastique en salle

le cardio-training

le step

Date de l'examen : _____

Cachet du médecin et signature