

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, Docteur en médecine, certifie  
avoir examiné ce jour Mme. / M.

Né(e) le \_\_\_\_\_, et n'avoir constaté aucune contre-indication à la  
pratique et à l'encadrement des activités gymniques.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature et cachet du médecin**

***P.S. : le certificat devra dater de moins d'un an à la date d'entrée en formation.***