

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e)Docteur en médecine,

Certifie avoir examiné Mme / Melle / Monsieur

Né(e) le / /.....

Et ne pas avoir constaté ce jour de signes cliniques apparents contre indiquant la pratique du sport et plus particulièrement de la **gymnastique, y compris en compétition.**

Fait à, Le / /

Cachet du médecin	Signature du médecin
-------------------	----------------------

