



## CERTIFICAT MEDICAL

**2024-2025**

Je soussigné Dr .....

Certifie avoir examiné

M. / Mme :

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance .....

L'examen n'a pas révélé de contre indication à la pratique et en compétition de la gymnastique et du tumbling.

Certificat valable **1 an**, au cours de la saison sportive 2024-2025

Signature du Médecin ayant effectué l'examen médical

Date : .....

Cachet professionnel et Signature :