



## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné \_\_\_\_\_,

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné :

\_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

**Et avoir constaté ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre indiquant la pratique de la gymnastique en compétition.**

**Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) pour faire valoir de ce droit.**

Date

Signature et cachet du Médecin