Certificat médical de non contre-indication a la pratique de discipline gymnique

Je soussigné, Docteur
… …

Certifie avoir examiné ce jour l'état de santé de :

Nom: … .

Prénom : … . .

Né(e) le … .

Demeurant… …
… …

Et n'avoir pas constaté, de signes cliniques apparents contre-indiquant à la pratique du ou des sports suivants (cocher la ou les cases concernée(s) :

- ☐ Loisirs Gym pour Tous
- ☐ Compétitif Gymnastique Artistique Féminine (GAF): "Absence de contre-indication à la pratique de la gymnastique en competition"

Fait le … … … … … … … … … … … … … … … . … . . à
… . . . . … …

Cachet du médecin	**Signature du médecin**