



CERTIFICAT MEDICAL

A faire remplir par un médecin de santé pour :

- toute **nouvelle adhésion**
- pour tout **ancien** adhérent ayant un certificat médical de **plus de 3ans**
- pour tout **ancien** adhérent **ne remplissant pas les conditions** du questionnaire **de santé**

Cachet du médecin

Je soussigné(e)

Certifie avoir examiné

Mme/M. / Melle

Né(e) le

Et n'avoir pas constaté, ce jour, de signes cliniques apparents contre indiquant

- la pratique sportive de la gymnastique
- pour une pratique loisir
- pour une pratique en compétition

Fait à

le

Signature du médecin