

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr..... , docteur en médecine,
certifie avoir examiné ce jour M, Mme, Mlle.....
né le à

et déclare qu'il/elle ne présente pas de contre-indication cliniquement
apparente à la pratique des activités physiques ou sportives suivantes :

- Activités cardiovasculaire : marche, vtt, footing, ...
- Fitness : stretching, pilates, renforcement musculaire, musculation, ...

Fait à, le / /

Signature et cachet