



Certificat médical

Je soussigné, Docteur.....

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom..... Prénom :.....

Date de naissance :

Sexe : masculin féminin

Et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique sportive :

- D'entraînement et d'entretien
- De compétition
- Pour tous les sports
- Pour la gymnastique et le trampoline**

Date de l'examen :

Cachet du médecin

signature