

CERTIFICAT MEDICAL CLASSIQUE

DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS GYMNIQUES
DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE GYMNASTIQUE

Je, soussigné Docteur.....,

Docteur en Médecine,

certifie que l'état de santé de

Mr Mme Melle Nom.....

Prénom.....

Né (e) le.....

Ne contre-indique pas, à la date de ce jour,
la pratique des activités gymniques de compétition

Date

Cachet Professionnel

Signature

