



A \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

Certifie que : M., Mme, l'enfant \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du sport suivant :

- Baby-gym - Eveil
- Aérobie – Step
- Gym. sénior
- Gymnastique Rythmique

Signature :