



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. adulte/sénior
- Gymnastique Rythmique

Signature :