



Club Gardons la Forme  
DOMART SUR LA LUCE



**CERTIFICAT MEDICAL** de non contre-indication à la pratique physique  
ou sportive

Je soussigné, Docteur .....

Exerçant à .....

Certifie avoir examiné :  Mme       M       Jeune moins de 18 ans

Nom : .....Prénom : .....

Né(e) ...../...../.....

Demeurant à : .....

Et ne pas avoir constaté ce jour, de signe contre-indiquant la pratique des  
activités physiques ou sportives suivantes :

- GYMNASTIQUE DOUCE,
- GYMNASTIQUE D'ENTRETIEN,
- STRETCHING.
- GYMNASTIQUE D'EVEIL,
- CARDIO - FIT BOXING - CROSS TRAINING - STEP,
- MARCHE NORDIQUE - RANDONNEE DE PROXIMITE,

Observations : .....

Fait à.....,

Le.....

Cachet et signature du médecin