

CERTIFICAT MEDICAL
DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE ET A
L'ENSEIGNEMENT DES DISCIPLINES GYMNIQUES ACROBATIQUES

Je soussigné(e), , Docteur en
Médecine,

certifie avoir examiné M. / Mme / Mlle (NOM Prénom)

Il / Elle ne présente à ce jour aucune contre-indication médicale décelable à la pratique et à l'enseignement des disciplines gymniques acrobatiques.

Certificat médical établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres pour valoir ce que de droit.

Observations éventuelles :

Fait à : Le :

Signature et cachet du médecin :