

**CERTIFICAT MEDICAL**

**DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE ET A  
L'ENSEIGNEMENT DES DISCIPLINES GYMNINIQUES 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 :