



SAINT-MARTIN-DE-CRAU
P R O V E N C E

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur.....

CERTIFIE AVOIR EXAMINE CE JOUR

Nom et Prénom :

Date de Naissance : Sexe : Masculin ou Féminin

Et n'avoir constaté **AUCUNE CONTRE INDICATION** aux pratiques sportives suivantes

(Cocher toutes les activités concernées par ce certificat médical) :

- Aquagym
- Gym douce
- Randonnée pédestre
- Jeu de boules

Nombre de cases cochées :

Date de l'examen médical :

Cachet professionnel et signature du médecin :