

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL, PREALABLE A LA PRATIQUE DU SPORT

Je soussigné (e) Docteur : _____

Certifie avoir examiné :

M : _____

Me : _____

Date de naissance : _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent, contre-indiquant la pratique du ou des sport (s) suivant (s) :

- Musculation
- Cardio-training

Date de l'examen : _____

Cachet du médecin et signature

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en mains propres le