

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE D'ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES**

Je soussigné, Dr

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour

Mme / M.

Né(e) le

Et n'avoir constaté aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique de la
Gymnastique et de la Marche Active dans le cadre de la Gymnastique Sport-Santé.

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e), remis en main propre et pour faire
valoir ce que de droit.

Fait à

Le

Cachet et Signature du médecin