

cachet du médecin

à.....

le.....

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur.....

atteste pour M, Mme, Mlle, enfant.....

l'absence de contre-indication à la pratique du ou des sport(s) suivant(s) :

<input type="checkbox"/>	<i>Badminton</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Gym FFEPGV adultes</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Gym FFEPGV enfants</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Karaté et des disciplines associées y compris en compétition</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Musculation</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Yoga</i>

Nombre de cases cochées

Signature du médecin