



**DIRECTION DES SPORTS
ACTIVITES ADULTES**

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION
A LA PRATIQUE SPORTIVE**

Je soussigné(e)

Docteur en Médecine, demeurant

certifie avoir examiné Mr / Mme (NOM + prénom).....

né(e) le

et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique des sports suivants (rayer les sports contre indiqués) :

Cardio / Abdos-Fessiers

Gym d'entretien

Stretching

Tai chi

Yoga

Fait à , le.....

Cachet et signature du médecin