CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), docteur ……

certifie que M., Mme ……

ne présente aucune contre-indication à la pratique de l'(des) activité(s) suivante(s) *(barrer les mentions restrictives)*

- ⇨ Aquagym
- ⇨ Cyclo-randonnée
- ⇨ Danse : expression corporelle
- ⇨ Danses en ligne
- ⇨ Fit danse
- ⇨ Golf
- ⇨ Gymnastique chinoise : qi gong
- ⇨ Gymnastique chinoise : tai ji quan
- ⇨ Gymnastique dynamique
- ⇨ Gymnastique : pilates
- ⇨ Gymnastique : pilates et abdos de Gasquet
- ⇨ Gymnastique volontaire
- ⇨ Gymnastique harmonique
- ⇨ Gymnastique à la suédoise
- ⇨ Marche nordique
- ⇨ Natation
- ⇨ Randonnées pédestres
- ⇨ Roller
- ⇨ Stretching
- ⇨ Self-défense
- ⇨ Yoga

Fait à ..... le .....

Cachet *Signature*