

Certificat médical annuel

pour la pratique du sport en salle de remise en forme

Je soussigné (e) Docteur :

Certifie avoir examiné :

Mme/ Mr :

Date de naissance du patient:

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique des activités suivantes:

- Cardio-training
- Musculation
- Fitness (tous types de cours collectifs cardio et renforcement musculaire)
- Course à pied en loisir
- Course à pied en compétition

Contre-indications spécifiques/ Remarques :

.....
.....
.....
.....

Date de l'examen :

Cachet du médecin et signature