

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