

# CERTIFICAT MÉDICAL

## de non contre-indication

## à la pratique sportive

Ce certificat est obligatoire quels que soient la catégorie d'âge et l'activité pratiquée.

Ce certificat peut être établi par tout Docteur en Médecine

(Médecin de famille, Médecin du Sport, etc.)

Je soussigné Docteur .....

Docteur en Médecine, certifié après avoir examiné :

Mr, Mme, Enfant .....

Né(e) le : ..... A : .....

Que son état de santé ne contre indique pas, à la date de ce jour, la pratique des activités sportives proposées par l'Union Gymnique d'Aix-les-Bains

Date

Cachet Professionnel

Signature