



IMPULSION GYM

CERTIFICAT MEDICAL TYPE A LA PRATIQUE D'ACTIVITES GYMNiques

Je soussigné(e) Docteur _____ certifie que
l'examen médical de M / M^{me} / M^{lle} _____
né(e) le ___ / ___ / ___ ne révèle pas de contre-indication à la pratique d'activités
gymniques y compris en compétition*.

Fait à _____, le ___ / ___ / ___.

Cachet du médecin

Signature du médecin

* rayer la mention inutile