

# CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) .....

Docteur en Médecine,

certifie avoir examiné ce jour,

Mme - Melle - M. ....

et avoir constaté que l'intéressé(e) ne présente pas de contre-indication à la pratique et à l'encadrement des « Activités Gymniques ».

Option : Activités Gymniques Acrobatiques

Fait à .....,

le .....

**Signature et cachet obligatoire**