

# **Certificat médical annuel, Préalable à la pratique du sport en salle**

Je soussigné (e) Docteur : \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné :

☐ Mr \_\_\_\_\_

☐ Mme \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

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

- ☐ Cardio-training
- ☐ Musculation
- ☐ Fitness (tous types de cours collectifs)
- ☐ Gym aquatique
- ☐ Course à pied en loisir
- ☐ Course à pied en compétition

Date de l'examen : \_\_\_\_\_

**Cachet du médecin et signature**