

CERTIFICAT MÉDICAL



www.acooudon.fr mail : aco.oudon@gmail.com

Cachet du cabinet médical

Je soussigné **Docteur en médecine** :atteste que :

- M /Mme.....
- Date de naissance :
- Ne présente à ce jour aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique des sports suivants :
- **Musculation, gymnastique, course à pieds, fitness,pratique des appareils dits « cardio ».**

(Rayer éventuellement les exclusions svp)

A

LE/...../.....

Signature