

**CERTIFICAT DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE
2023/ 2024**

Je sous signé (e) , Docteur

Certifie avoir examiné

Nom , Prénom

Né (e) le :/...../.....

De sexe Féminin Masculin

Et n'avoir constaté à ce jour aucune contre indication à la pratique de la Gymnastique pour la saison 2023/2024 (01 septembre 2023 au 31 Aout 2024)

En loisirs / entrainements et en compétitions

Restrictions éventuelles

.....

Fait à :

Le :/...../.....

Cachet professionnel et signature du médecin