

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine,
certifie que l'examen de M/Mme _____

Date de naissance : _____ Age : _____

ne révèle pas de contre-indication à la pratique : de la Baby Gym ,Gymnastique rythmique

Certificat établi à : _____

Date : _____ Signature du médecin : _____

Tampon du médecin :

