



GymnAtlantiClub  
35 rue des Forêts  
85540 Moutiers les Mauxfaits

## CERTIFICAT MEDICAL

### *CERTIFICAT PREALABLE A LA PRATIQUE DE LA GYMNASTIQUE ARTISTIQUE EN LOISIR ET/OU EN COMPETITION*

Je soussigné Docteur : .....

Certifie avoir examiné :

Nom, Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : F - M

N'avoir pas constaté à la date de ce jour de signes cliniques  
apparents contre indiquant la pratique de la gymnastique  
artistique en loisirs et/ou en compétition.

A .....

Le .....

Signature du médecin :