



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné _____,

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné :

Né(e) le _____

Et avoir constaté ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre indiquant la pratique de la gymnastique en compétition.

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) pour faire valoir de ce droit.

Date

Signature et cachet du Médecin