



## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur \_\_\_\_\_ certifie que l'état de santé

De M., Mme, Melle \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ne présente aucune contre indication à la pratique de la gymnastique en compétition pour la saison 2021/2022.

Fait à :

le :

Cachet (obligatoire) et signature du docteur