

# **Certificat médical annuel,**

## **Préalable à la pratique du sport en salle**

Je soussigné (e) Docteur : \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné :

Mr \_\_\_\_\_

Mme \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Et n'avoir pas constaté, à ce jour de signe clinique apparent, contre-indiquant la pratique :

- Cardio-training
- Musculation
- Fitness (tous types de cours collectifs)
- Course à pied en loisir
- Course à pied en compétition

Date de l'examen : \_\_\_\_\_

**Cachet du médecin et signature**