

**Certificat Médical Classique
de non contre-indication à la
pratique des activités gymniques
de la Fédération Française de Gymnastique**

Je, soussigné Docteur, Docteur en Médecine,

Certifie que l'état de santé de

Mr Mme Mlle Nom.....

Prénom

Né(e) le

Ne contre indique pas, à la date de ce jour,
la pratique des activités gymniques
de la Fédération Française de Gymnastique.

Date

Cachet Professionnel

Signature

*NB/ préalable obligatoire avant toute délivrance de licence assurance.
Ce modèle n'est pas exclusif, ce certificat peut être rédigé sur papier libre.*