

CERTIFICAT MEDICAL TYPE DE NON CONTRE-INDICATION A LA
PRATIQUE DU SPORT

Je soussigné(e),

.....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

M/Mme

.....

Né(e) le

.....

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-
indiquant la pratique du sport et du StreetWorkout / calisthenic

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de
l'intéressé et remis en mains propres le

.....

À

Signature et cachet du médecin