

Certificat médical

Pris en application des articles L. 231-2 à L. 231-2-1 du Code du Sport

Je soussigné, Docteur : _____

Demeurant à : _____

Certifie avoir examiné ce jour M / Mme :

Né(e) le : ____/____/____

Demeurant à : _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du Fitness et des activités qui lui sont associées

Fait à : _____ le : ____/____/202__

Signature du médecin

Cachet du médecin