



**CLUB DE GYMNASTIQUE
ELAN MORTAGNAIS**



CERTIFICAT MEDICAL

CERTIFICAT ANNUEL PREALABLE A LA PRATIQUE DE LA GYMNASTIQUE EN COMPETITION

Je soussigné Docteur

Exerçant à :

Certifie avoir examiné :

Nom / Prénom :

Date de naissance Sexe : F M

Adresse

Code postal Ville

**N'avoir pas constaté à la date de ce jour de signes cliniques apparents contre indiquant
la pratique de la gymnastique en compétition.**

A Le

Signature du Médecin :