

# CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION À LA PRATIQUE DES DISCIPLINES GYMNIQUES DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE GYMNASTIQUE

Je soussigné, Docteur.....

Docteur en Médecine, certifie que l'état de santé de :

Mr  Mme  Melle

Nom.....

Prénom.....

Né(e) le.....

ne contre indique pas, à la date de ce jour, la pratique des activités de la Fédération Française de  
Gymnastique :

- en groupe de loisir
- à la pratique sportive en groupe de compétition
  - Gymnastique Artistique Féminine (GAF)
  - Gymnastique Rythmique (GR)
- à la pratique des activités gymniques d'entretien

Date.....

Cachet Professionnel

Signature.....