

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION
A LA PRATIQUE DES DISCIPLINES GYMNIQUES
DE LA FEDERATION FRANCAISE 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

à la pratique des activités gymniques d'entretien

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
(bien préciser l'aptitude à la pratique de la gymnastique en compétition si
l'enfant s'inscrit en groupe de compétition).