

**CERTIFICAT MÉDICAL ANNUEL PRÉALABLE  
À LA PRATIQUE de la GYMNASTIQUE VOLONTAIRE  
Saison 2016 - 2017**

*Je soussigné(e),*

**Docteur**

Demeurant

*Certifie avoir examiné,*

Mademoiselle  Madame  Monsieur

Nom, prénom

Né(e) le

Demeurant

*et n'avoir pas constaté à la date de ce  
jour de signes cliniques apparents  
contre-indiquant la pratique du sport pour  
la Gymnastique Volontaire*

Fait à  
Le

  

**Cachet du médecin**

**Signature du médecin**