

# **Certificat médical annuel**

## **pour la pratique du sport en salle de remise en forme**

Je soussigné (e) Docteur : .....

Certifie avoir examiné :

Mme/ Mr : .....

Date de naissance du patient: .....

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique des activités suivantes:

- Cardio-training
- Musculation
- Fitness (tous types de cours collectifs cardio et renforcement musculaire)
- Gym aquatique
- Course à pied en loisir
- Course à pied en compétition

Contre-indications spécifiques/ Remarques :

.....

.....

.....

.....

Date de l'examen : .....

**Cachet du médecin et signature**