

# **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**