

**CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE
A LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE SPORTIVE**

Je soussigné(e)

Docteur

Certifie avoir examiné,

Madame **Monsieur**

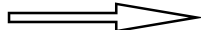
Nom, prénom

Né(e) le

Demeurant

Adhérent(e) à l'association de l'Elan Saintais

**Et n'avoir pas constaté à la date
de ce jour de contre-indication à
la pratique de (1):**



Fait à

le

Cachet du médecin

Signature du médecin

(1) gymnastique, assouplissements, stretching, step, taëbo, musculation, yoga, natation ,
marche nordique, randonnées pédestres et zumba.

**L'Elan Saintais décline toute responsabilité si un(e) adhérent(e) se présente à un cours
non précisé par le médecin**