

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DES ACTIVITES  
SPORTIVES ADAPTEES ET DE BIEN-ETRE**

Je soussigné(e)..... Docteur en médecine, certifie avoir  
examiné ce jour M/Mme ..... , né.e le .....  
et n'avoir pas constaté ce jour de signes cliniques apparents contre indiquant la pratique des activités suivantes:

- Musculation adaptée (avec appareils)
- Pilates
- Renforcement musculaire
- Stretching
- Sophrologie

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit et remis en mains propres à l'intéressé.e,

Le..... à .....

Signature et Cachet du Médecin