

**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

