

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur .....

demeurant .....

certifie avoir examiné ce jour

M./Mme/Mlle .....

demeurant à .....

né(e) le ..... / ..... / .....

et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique

- de la marche nordique santé <sup>(1)</sup>
- de la gymnastique adaptée santé <sup>(1)</sup>

Fait à ....., le .....

Cachet et signature du médecin

(1) Barrer la mention inutile