



Saison 2018/2019

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur..... certifie que

Nom, Prénom : ..... né(e) le.....

ne présente aucune contre-indication à la pratique de la gymnastique artistique aux agrès en entraînement et en compétition.

Fait à ....., le .....

Cachet - Signature