



CERTIFICAT MEDICAL 2026-2027

DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE

Je soussigné(e), Docteur _____

Demeurant : _____

CERTIFIE AVOIR EXAMINE

M _____ né(e) le [____][____][____]

Demeurant : _____

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

***pratique du PILATES, du CROSS-TRAINING, A.P.S.**

***pratique « SPORT CHANBARA » EN COMPÉTITION, A.P.S.**

***pratique du JUDO JUJITSU EN COMPETITION, MMA/SELF/JUDO, A.P.S.**

***rayer la mention inutile**

Observations éventuelles : _____

Fait à : _____ Le _____

Signature et cachet du médecin