

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur _____

Certifie avoir reçu et examiné ce jour Monsieur - Madame - l'enfant _____

Né(e) le ____ / ____ / ____

Et n'avoir pas constaté à la date de ce jour des signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique des sports loisirs suivants proposés par la ville de PUTEAUX* :

Activités enfants :

- Acrogym/arts du cirque
- Badminton
- Baby-Gym
- Basket-ball
- Bébé aqua floating
- Bébé nageur
- Danses actuelles urbaines
- Danse classique
- Danse contemporaine
- Danse Jazz
- Escrime
- Eveil sportif
- Initiation danse
- Jardin aquatique
- Multisports
- Natation
- Roller
- Tennis
- Yoga

Activités adultes :

- Aqua fitness
- Badminton
- Barres à terre
- Cardio-training
- Danses actuelles urbaines
- Danse classique
- Danse contemporaine
- Danse Jazz
- Fitness
- Gymnastique
- Musculation
- Roller
- Stretching
- Tennis
- Yoga

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Cachet et signature du Médecin

* Veuillez rayer les sports pour lesquels la personne présente une inaptitude