



# CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur ....., certifie  
avoir examiné .....et qui ne présente  
aucun signe clinique contre-indiquant la pratique :

- Culture physique, musculation, sauna et hammam
- Aquagym
- Aqua-bike

Fait à ....., le .....

Signature et cachet