

Certificat médical

certificat à compléter par le médecin traitant et à retourner à la piscine

Je, soussigné Docteur

exerçant à

certifie avoir examiné ce jour Mr / Mme / Mlle :

.....

né(e) le/...../.....

demeurant à

et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de :
(rayer l'activité non concernée)

- la natation,
- l'aquabike,
- l'aquagym,
- l'aquafitness,
- l'aquados,
- l'aquapalmes,
- le circuit training.

Fait à

le/...../.....

Cachet du médecin

Signature du médecin