



# CERTIFICAT MÉDICAL

## SAISON 2017-2018

Affiliée à l'Union des Sociétés de Gymnastique du Bas-Rhin  
et à la F. F. G.

Agréée par le gouvernement sous le n° 12720  
Registre des Sociétés n°23

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : F - M Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Je soussigné, \_\_\_\_\_, Docteur en Médecine, certifie avoir examiné  
l'enfant désigné ci-dessus et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique apparent  
contre-indiquant la pratique de la Gymnastique :

- Artistique en compétition (6 ans et +)
- en Ecole de Gymnastique (4 à 5 ans)
- en Petite Enfance ou Baby-Gym (3 ans)

*(rayer les 2 mentions inutiles)*

Fait à : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cachet :

Signature :