



CERTIFICAT MÉDICAL

SAISON 2019-2020

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 :