

CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE

Je soussigné Docteur _____
certifie

Avoir examiné ce jour : _____ Né le _____

Demeurant à _____
(ville /village)

Ne pas avoir constaté ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de
contre-indication _____ à la pratique _____

- Des Arts du Cirque
- De la Bébé Gym/ Eveil Corporel
- De la Danse (Classique, Street Dance, Hip Hop, Salsa...)
- De la Gymnastique ou Cheerleading (Gym acrobatique)
- Du Skate
- Du Step
- Du Stretching ou Gym d'entretien
- De la Zumba.
- De tous sports cardio et d'endurance

signature – cachet du médecin

Le présent certificat, valable 1 an, sauf maladie intercurrente ou accident, est remis en
mains propres à l'intéressé(e), qui a été informé des risques encourus notamment en cas
de fausse déclaration.

signature de l'intéressé(e)