



Amicale Santé Loisirs

Certificat médical

Je soussigné,

Dr certifie avoir examiné ce jour,

Mr / Mme :

Né(e) le :

et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique de :

la randonnée pédestre

de la gymnastique.

Date de l'examen : / / Signature et cachet du Médecin