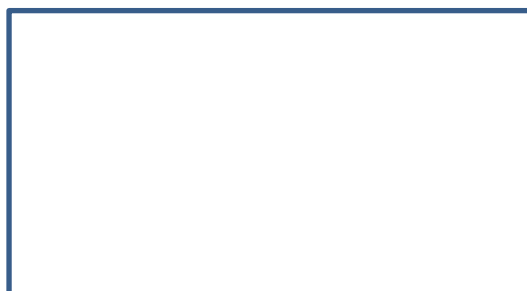




## CERTIFICAT MEDICAL

CACHET DU MEDECIN



Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_  
certifie avoir examiné ce jour :

\_\_\_\_\_

et déclare qu'elle ne présente pas de contre indication à la  
pratique de la Gymnastique Rythmique ou/et Esthétique  
en Loisirs ou en compétition

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature