

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné..... Docteur en médecine, certifie avoir examiné M/Mme..... autorise l'enfant: Né le...../...../..... à..... et n'avoir pas constaté, ce jour, de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique de :

- **Aquagym**
- **Aqua-training**
- **Aquabike**
- **Aquadouceur**
- **Pilate**
- **Gym douce**

**Rayer les mentions inutiles.*

Fait à..... le...../...../.....

Signature et cachet