



**CLUB SPORTIF
CHARLY FORME**

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné Docteur : _____

Certifie que Mr, Mme, Mlle _____

Ne présente aucune contre-indication à la pratique sportive musculation et renforcement musculaire

Peut pratiquer la musculation et le renforcement musculaire sous certaines prescriptions (1)

Prescriptions particulières (asthme, allergies....etc.) : _____

Date ____ / ____ / ____

Cachet du médecin / Signature

(1) Rayer la mention inutile



ASSOCIATION AFFILIÉE