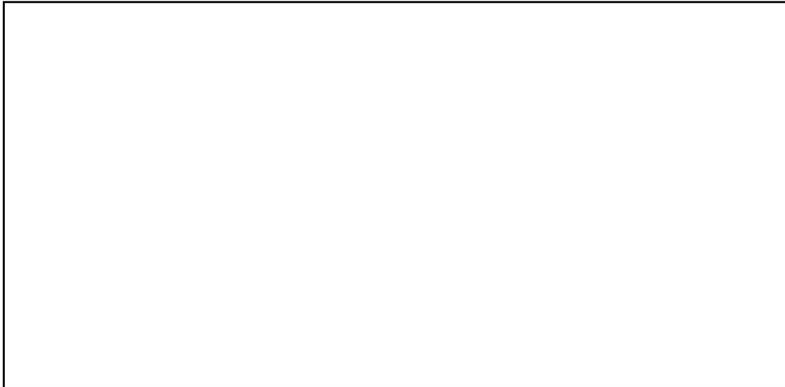


*(Zone réservée au tampon du médecin)*



**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné, Docteur .....

Etabli à

Numéro d'identification

Certifie que l'examen de .....

Effectué ce jour, ne révèle aucune contre-indication à la pratique de la course à pied, de l'athlétisme, de la marche, du yoga, de la zumba, de la boxe ou du Tai-Chi.

Fait à .....

Le .....

(Signature du médecin)