



**CERTIFICAT MEDICAL**  
Saison **2020-2021**

Fait à .....

Le .....

Je soussigné(e) certifie avoir examiné ce jour Monsieur,  
Madame, l'enfant :

.....

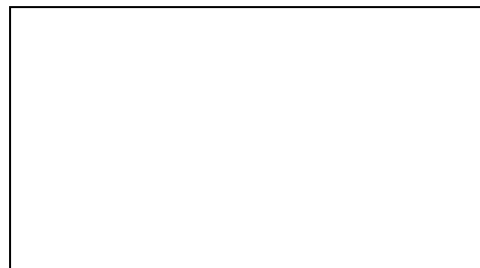
Il (elle) ne présente aucun signe cliniquement décelable contre-  
indiquant la pratique régulière de l'activité physique suivante :

.....

.....

Signature

**Obligatoire** Pour les **enfants** et les **adhérents qui font de la**  
**sophrologie** et les **nouveaux adhérents**



**CERTIFICAT MEDICAL**  
Saison **2020-2021**

Fait à .....

Le .....

Je soussigné(e) certifie avoir examiné ce jour Monsieur,  
Madame, l'enfant :

.....

Il (elle) ne présente aucun signe cliniquement décelable contre-  
indiquant la pratique régulière de l'activité physique suivante :

.....

.....

Signature

**Obligatoire** Pour les **enfants** et les **adhérents qui font de la**  
**sophrologie** et les **nouveaux adhérents**