

CERTIFICATS MEDICAUX POUR LES ADULTES



Merci de faire remplir par votre médecin, autant de certificat que d'adulte participant aux activités de l'association.

Certificat médical déjà fourni la saison dernière (valable 3 ans).

Date du certificat : Valable jusqu'au :

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, DOCTEUR.....

Certifie qu'à ce jour, l'état de santé de Madame ou Monsieur

ne présente pas de contre indication à la pratique d'une activité aquatique (Bébés-Nageurs ou Gymnastique Aquatique) ou la pratique de l'activité motrice de leur(s) enfant(s).

Fait à le

Signature et cachet du médecin obligatoire

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, DOCTEUR.....

Certifie qu'à ce jour, l'état de santé de Madame ou Monsieur

ne présente pas de contre indication à la pratique d'une activité aquatique (Bébés-Nageurs ou Gymnastique Aquatique) ou la pratique de l'activité motrice de leur(s) enfant(s).

Fait à le

Signature et cachet du médecin obligatoire

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, DOCTEUR.....

Certifie qu'à ce jour, l'état de santé de Madame ou Monsieur

ne présente pas de contre indication à la pratique d'une activité aquatique (Bébés-Nageurs ou Gymnastique Aquatique) ou la pratique de l'activité motrice de leur(s) enfant(s).

Fait à le

Signature et cachet du médecin obligatoire