



# ***Certificat médical***

***Saison 2020-2021***

Je, soussigné(e) .....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour .....

....., né(e) le ...../...../.....

et avoir constaté qu'il – qu'elle <sup>(1)</sup> ne présente, à ce jour, aucune contre-

indication apparente à la pratique de(s) activité(s) :<sup>(1)</sup>

AQUAGYM

AQUALIBRE (LONGE-CÔTE)

NATATION

NATATION EN COMPÉTITION

Fait à ....., le .....

Signature et cachet du médecin :

<sup>(1)</sup> : rayer les mentions inutiles

*Le règlement intérieur du D.O.N. exige la présentation d'un certificat médical chaque année.*