



Echenoz-la-Méline

## CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné, Docteur .....

certifie avoir examiné ce jour ,

Nom, Prénom : .....

Date de naissance : .....

Et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE INDICATION à la pratique de :

- la randonnée pédestre
  
- La gymnastique d'entretien

Cachet du médecin.

Date de l'examen :

Signature

13 rue de la Mairie 70000 ECHENOZ LA MELINE

fal-echenoz.fr