



# CERTIFICAT MÉDICAL

Club Nautique Saint Marsien

Je soussigné (e) Dr :

Docteur en médecine certifiée avoir examiné

Mr / Mme / Melle :

Né (e) le :     /     /                    Demeurant à :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de :

Rayer les mentions inutiles

- La natation
- de l'aquagym
- autres activités aquatique (water polo, hockey subaquatique, apnée, etc...)

Fait le :

À :

Signature du médecin

Cachet du médecin