CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Dr .....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné :

Monsieur / Madame : .....

Né(e) le : ..... / ..... / .....

Demeurant : .....

.....

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de l'aquagym

Fait à : .....

Le : .....

Signature et cachet