

Cardio  Fit'



### *Certificat Médical*

Je soussigné(e), Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour :

Nom.....Prénom .....

Né(e) le :    /    /

Et certifie que son état de santé ne contre indique pas la pratique du Cardio Fit.

Fait le ..... à .....

Signature et cachet du médecin examinateur :