

# CERTIFICAT MÉDICAL

SAISON 2019 - 2020

**Certificat médical annuel de non contre-indication à la pratique de la NATATION SYNCHRONISÉE en loisir et/ou en compétition**

Je soussigné(e) .....

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné,

Mlle / Mme / M<sup>(1)</sup> .....

né(e) le .....

et n'avoir constaté ce jour aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique de la

**Natation synchronisée en loisir et/ou en compétition.**

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à .....,

Le .....

***Cachet et signature du médecin***

---

<sup>(1)</sup> Rayer les mentions inutiles.