

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) _____ ,
docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour Monsieur,
Madame, _____ et avoir
constaté qu'il, elle ne présente aucune contre-indication apparente à
la pratique de la natation et des activités aquatiques.

Fait à _____,

Le __/__/____

Signature :