

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné(e), Docteur.....

Certifie que l'examen de O Madame.....O Monsieur.....

Réalisé ce jour.

Nom.....Prénom.....

Date de naissance/...../.....

Adresse.....

.....

N'a pas mis en évidence de contre-indication apparente à la pratique sportive de la méthode Pilates.

Contre-indication temporaire.....

Adaptations nécessaires en fonction de l'état de santé.....

.....

Conformément au décret n° 2016-1387 du 21 octobre 2016, modifiant les conditions de renouvellement du certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport, ce certificat est valable trois ans, sous réserve de modification notoire de l'état de santé, à partir du /...../.....

Certificat établi le.....

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN