

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION

Je, soussigné(e), Docteur.....

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

Monsieur.....

Date de naissance.....

Nom..... Prénom.....

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.....

.....

Ce certificat est valable 3 ans sous réserve de modification notoire de l'état de santé, à partir du

Certificat établi le.....

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN