

CERTIFICAT MEDICAL TYPE
DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU PARKOUR

Nom du pratiquant :

Nom

Prénom

Date de naissance : / /

Je soussigné(e)

Dr

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour

.....

**Dont l'état de santé ne présente aucun signe clinique apparent contre-
indiquant la pratique du PARKOUR.**

Date :

Signature du médecin + cachet :