

# CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU CROSSFIT

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, Docteur en Médecine,

certifie avoir examiné Mr/Mme \_\_\_\_\_

né(e) le \_\_\_\_\_

et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique du CrossFit mêlant des activités de gym, d'endurance et de force/haltérophilie à haute intensité.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en mains propres le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature et Cachet du Médecin

