

**CERTIFICAT MEDICAL**

**Je soussigné(e) Docteur : . . . . .**

**Certifie que :.....**

**Né(e) le:.....**

**Ne présente aucune contre-indication aux pratiques de :**

- **renforcement musculaire**
  - **haltérophilie**
  - **musculation**
  - **force athlétique**
  - **culturisme,**
  - **y compris en compétition (I).**
- (rayer les mentions déconseillées)**

**Fait à : .....**

**Le : .....**

**Signature et Cachet**

(1) En application des articles L3622-1 et 3622-2 du code de la santé publique

**CERTIFICAT MEDICAL**

**Je soussigné(e) Docteur : . . . . .**

**Certifie que :.....**

**Né(e) le:.....**

**Ne présente aucune contre-indication aux pratiques de :**

- **renforcement musculaire**
  - **haltérophilie**
  - **musculation**
  - **force athlétique**
  - **culturisme,**
  - **y compris en compétition (I).**
- (rayer les mentions déconseillées)**

**Fait à : .....**

**Le : .....**

**Signature et Cachet**

(1) En application des articles L3622-1 et 3622-2 du code de la santé publique