



GRS PARIS CENTRE
saison 2020-2021

CERTIFICAT MEDICAL

Cachet du médecin

Je souigné(e), Docteur

certifie avoir examiné ce jour

Noms, prénoms :

.....

**et déclare qu'elle (il) ne présente pas de contre indication à la pratique
de la Gymnastique Rythmique.**

Fait à

Le

Signature