

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION
A LA PRATIQUE SPORTIVE

Je soussigné(e) : Docteur en médecine,
certifie avoir examiné ce jour :

Mr/Mme / Mlle : *Tiphaine BARTU*
né(e) le : *02 09 2003*

et n'avoir constaté à ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant
la pratique des sports suivants : *pratique et encadrement*
en séjour de vacances de la gymnastique
Ses vaccinations obligatoires sont à jour.

Fait à : *Mouthé* le : *19.07 2022*

Signature et tampon du médecin : *Catherine GRENARD*
01 - GÉNÉRALISTE - MÉDECIN DU SPORT
11 rue Cart Broumet
25740 MOUTHE
25 1 02822 1 | 0 1 20 2