

AQUA BIKE



Certificat médical à remplir par le médecin traitant

Je soussigné, Docteur.....

Docteur en médecine, certifie que l'examen de M. / Mme

Date de naissance : Âge :

ne relève pas de contre-indication à la pratique de l'aquabike.

Certificat établi à :

Date :

Signature et cachet du médecin :