



Cercle Omnisports ParisCentre

Aïkido - Badminton - Escrime - Gym - Roller - Volley - Yoga

Club affilié à l'O.M.S. de Paris Centre arr.

CERTIFICAT MÉDICAL AUTORISANT LA PRATIQUE DU **YOGA**

Je soussigné(e) (NOM, Prénom)

Docteur en médecine,

enregistré au conseil de l'Ordre de

Sous le numéro :/.....

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_| Ville :

certifie avoir examiné ce jour

NOM :

Prénom :

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

et n'avoir relevé aucun signe clinique, ni aucune contre-indication dans les antécédents, à la pratique du **yoga**, pour la saison
saison courant du 1 septembre au 30 juin.

Fait à

Le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Signature

Cachet

Le certificat médical peut être établi à partir du 1er septembre.

Certificat établi à la demande de l'intéressé et remis en mains propres