**Certificat médical**

Je soussigné(e), Docteur …………………………………………………………………………,

Certifie que …………………………………………………………………………………………….

Ne présente aucune contre-indication à la pratique de la musculation en compétition.

 Délivré le : …………………………………….

A : …………………………………………………

Cachet et signature obligatoires du médecin