

Cachet du médecin : _____

Lieu, date : _____

Certificat médical de non contre-indication à la pratique du Yoga

Je soussigné Docteur _____

Certifie avoir consulté ce jour

Son état de santé ne présente aucune contre-indication à la pratique du Yoga.

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

Signature

Art L231-3 du Code du sport : ce certificat médical est valable un an.