

CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE LA ZUMBA

Je, soussigné(e), Docteur _____

Titulaire d'une compétence en médecine du sport : OUI NON

Atteste que M. – Mme – Mlle _____

Présente, à la date de ce jour, une absence de contre-indication à la pratique de la Zumba (Zumba, Zumba Fitness, Zumba Kids et Zumba Kids Juniors) :

A _____ le _____

Cachet professionnel :

Signature :