



# CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU CROSSFIT

Je soussigné(e) .....

Docteur en médecine, demeurant .....

Certifie avoir examiné ..... né (e) le .....

et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du CrossFit  
soit du mélange à haute intensité des sports suivants : haltérophilie, gymnastique, natation et  
athlétisme.

Fait à .....le .....

Cachet et signature du médecin