



# ATTESTATION MÉDICALE FITNESS

---

*(A remplir par l'adhérent ou par le médecin)*

Je soussigné \_\_\_\_\_  
atteste être en bonne santé après avoir consulté récemment mon médecin.

J'affirme être apte à pratiquer les cours de fitness Mél Play.

J'atteste de la certitude des informations, ce document faisant foi à la pratique pour la saison 2025/2026.

Le \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Signature