

**Saison 2020 - 2021**

## CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné docteur ....., docteur en médecine certifiée  
que l'examen de Melle ..... née le .....  
âgée de ..... ans est apte à la pratique de la **Gymnastique Rytmique**, et autorise sa pratique en :

- LOISIR (débutant ou Challenge festif)
- COUPE FORMATION, Pré CF
- COMPÉTITION

(Veuillez cocher la case correspondante)

Fait à ..... le ..... / ..... / 20.....

Signature et cachet du médecin

*Le certificat médical est valable pour 3 années consécutives.*

## COUPON MODE DE PAIEMENT

La gymnaste : NOM..... Prénom :.....

Nom du parent (si différent) : .....

**RÈGLEMENT : en 1, 2 ou 3 fois avec minimum 100 € pour le 1er chèque**

Moyen de paiement	Montant	Date encaissement	N° chèque	Banque
Virement	.....			.....
Chèque n°1*	.....	Septembre	.....	.....
Chèque n°2*	.....	Octobre	.....	.....
Chèque n°3*	.....	Novembre	.....	.....

Réglé en espèce le :

Autre :

\* Chèque à l'ordre de AISA GR

Demande d'attestation de paiement (coupons-sports CARROS, Comité d'entreprise...) *cocher*

Fait à ..... Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

Signature des parents :