



Centre MYM - Massage Yoga Montessori par Carole RAETS  
Diplômée en kinésithérapie et éducation physique

## Certificat d'aptitude à la pratique du Yoga

Je soussigné(e), ....., Docteur en médecine,

certifie que, Madame, Monsieur .....,

né(e) le .....habitant (adresse complète) .....

.....est déclaré(e) apte à la pratique du Yoga.

Si votre patient souffre d'une/des pathologie(s) spécifique(s), y a-t-il selon vous des

mouvements contre-indiqués ? Si oui, lesquels ?

.....  
.....

Date, signature et cachet du médecin :



Centre MYM – Massage Yoga Montessori par Carole RAETS  
Diplômée en kinésithérapie et éducation physique

## Certificat d'aptitude à la pratique du Yoga

Je soussigné(e), ....., Docteur en médecine,

certifie que, Madame, Monsieur .....,

né(e) le .....habitant (adresse complète) .....

.....est déclaré(e) apte à la pratique du Yoga.

Si votre patient souffre d'une/des pathologie(s) spécifique(s), y a-t-il selon vous des

mouvements contre-indiqués ? Si oui, lesquels ?

.....  
.....

Date, signature et cachet du médecin :