

# FBHY

*Fédération Belge d'Hébertisme et de Yoga Asbl - Section YOGA  
Reconnue par la Fédération Wallonie-Bruxelles- ADEPS*

**Cercle agréé :** .....

## CERTIFICAT D'APTITUDE

Je soussigné, ....., Docteur en Médecine, certifie que

Madame, Monsieur ..... né(e) le ....-....- 19....,

habitant rue .....n° ..... à .....

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

Date, signature et cachet du médecin.

**Ce certificat est exigé s'il s'agit d'une première participation à une séance de yoga avec un professeur de la FBHY et sera remis à la Fédération par le responsable du Cercle.  
Les informations seront utilisées qu'en cas de besoin de la part de l'assurance.**

# FBHY

*Fédération Belge d'Hébertisme et de Yoga Asbl - Section YOGA  
Reconnue par la Fédération Wallonie-Bruxelles- ADEPS*

**Cercle agréé :** .....

## CERTIFICAT D'APTITUDE

Je soussigné, ....., Docteur en Médecine, certifie que

Madame, Monsieur ..... né(e) le ....-....- 19....,

habitant rue .....n° ..... à .....

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

Date, signature et cachet du médecin.

**Ce certificat est exigé s'il s'agit d'une première participation à une séance de yoga avec un professeur de la FBHY et sera remis à la Fédération par le responsable du Cercle.  
Les informations seront utilisées qu'en cas de besoin de la part de l'assurance.**