

Saison 2020 / 2021

CERTIFICAT MÉDICAL

ACTIVITES SPORTIVES

Je soussigné (e),
docteur en Médecine, certifie que :

M.ouMme

Né(e) le ne présente aucune
manifestation pathologique cliniquement décelable contre-
indiquant la pratique des sports suivants : cochez les cases
correspondantes :

Yoga Tennis Gymnastique adaptée Tir sportif
Natation Aquagym Aquaphobie
Ateliers d'équilibre et de prévention des chutes
Marche modérée Marche soutenue

A ne compléter qu'en cas de port d'une prothèse ou
d'une situation médicale particulière :

.....
.....

Les précautions suivantes sont à respecter :

.....
.....
À Le

Signature
et tampon du médecin :

A remplir par l'utilisateur :

Je m'engage à fournir un certificat de reprise des activités
en cas d'arrêt prolongé, lié à un accident ou à une
maladie invalidante. *Signature de l'utilisateur :*

À

Le