Saison
2019/2020

CERTIFICAT MÉDICAL
ACTIVITES SPORTIVES

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

M. ou Mme . . . . . .

Né(e) le . . . . . .

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

❑ Yoga ❑ Tennis ❑ Natation ❑ Aquagym

❑ Aquaphobie ❑ Gymnastique adaptée

❑ Tir sportif ❑ Marche soutenue ❑ Marche modérée

❑ Ateliers d'équilibre et de prévention des chutes

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

. . . . . .

. . . . . .

Les précautions suivantes sont à respecter : . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

A . . . . . Le . . . . . .
Signature et tampon
du Médecin :

A remplir par l'usager : 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'usager :

A . . . . . .

Le . . . . . .