

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.

À ..... Le .....  
Signature de l'utilisateur :