



CERTIFICAT MEDICAL

DE NON-CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE D'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

Je soussigné(e),, Docteur
en Médecine, certifie que l'examen de

Mr/Mme

Né(e) le

Ne présente aucune contre-indication à la pratique de l'activité physique adaptée.

Par suite cet examen, je l'autorise à pratiquer des activités : *(veuillez cochez les activités autorisées)*

D'aérobie

De renforcement musculaire

D'équilibre et de stretching

De combat

Physiques sportives et artistiques (hors sport de combat)

Restriction à une/des activités non préciser ci-dessus :

.....
.....
.....

Fait le

Signature et tampon du Médecin