

CERTIFICAT MEDICAL (Validité 3 ans)

Dans le cadre de l'application de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 ainsi que par le décret n°2016-1157 du 24 août 2016

Je soussigné Docteur : _____

Demeurant à : _____

Certifie avoir examiné ce jour Mr / Mme / Mlle : _____

Né (e) le : ____ / ____ / ____ Demeurant à : _____

Et n'avoir pas constaté ce jour, de contre-indication à la pratique des sports suivants :

- Aquagym ; apte à la pratique
- Bien être aquatique ; apte à la pratique
- Gymnastique douce ; apte à la pratique
- Gymnastique tonique ; apte à la pratique
- Marche nordique ; apte à la pratique
- Natation ; apte à la pratique
- Pilates ; apte à la pratique
- Promenade ; apte à la pratique
- Randonnée (*environ 12km*) ; apte à la pratique
- Santé en mouvement ; apte à la pratique
- Taïso ; apte à la pratique
- Tennis de table ; apte à la pratique
- Yoga ; apte à la pratique

Fait à _____, le ____ / ____ / 20__

Cachet du médecin

Signature du médecin