

Certificat médical

Datant de moins de 6 mois. **A faire remplir par votre médecin**

Je soussigné Docteur

Certifie que (Nom Prénom)

Date de naissance

Ne présente, à ce jour, pas de contre-indication à la pratique sportive suivante :

cocher les activités que votre patient souhaite pratiquer et pour lesquelles vous ne constatez pas de contre-indication :		
activités proposées	descriptif	aptitude
petite rando	6km, 150m dénivelé, 3km/h	
moyenne rando	10km, 350m dénivelé, 3km/h	
grande rando	14km, 600m dénivelé, 3-4 km/h	
marche nordique	15km max, 500m dénivelé, 5 km/h	
Natation, aquagym		
gym douce, gym détente		
Qi Gong		
badminton		
billard		
Nombre d'activités cochées		

Commentaires éventuels du médecin :

.....

Fait à..... le

Signature et cachet du médecin