

SAISON 2020-2021

## Certificat médical

Je soussigné Docteur .....

Certifie que (Nom Prénom) .....

Date de naissance .....

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

<b>cocher les activités que votre patient souhaite pratiquer et pour lesquelles vous ne constatez pas de contre-indication :</b>		
<b>activités proposées</b>	<b>descriptif</b>	<b>aptitude</b>
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	De 8 à 15km max, 500m dénivelé, 5 km/h	
Natation, aquagym		
Gym détente		
Gym tonique, Pilate		
Qi Gong		
badminton		
billard		
<b>Nombre d'activités cochées</b>		

Commentaires éventuels du médecin : .....

.....

Fait à..... le .....

Signature et cachet du médecin