



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 de cet examen, je l'autorise à pratiquer des activités : *(veuillez cocher 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 précisée(s) ci-dessus : *(veuillez noter les activités non-autorisées)*

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

Fait le .....

Signature et tampon du Médecin