

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), docteur.....
certifie que M., Mme
ne présente aucune contre-indication à la pratique de l'(des)
activité(s) suivante(s) (*barrer les mentions restrictives*)

- ⇒ Aquagym
- ⇒ Claquettes
- ⇒ Cyclo-randonnée
- ⇒ Danse africaine
- ⇒ Danses en ligne
- ⇒ Golf
- ⇒ Gymnastique chinoise : qi gong
- ⇒ Gymnastique chinoise : tai ji quan
- ⇒ Gymnastique dynamique
- ⇒ Gymnastique : pilates
- ⇒ Gymnastique volontaire
- ⇒ Gymnastique harmonique
- ⇒ Marche nordique
- ⇒ Natation
- ⇒ Parachutisme
- ⇒ Randonnées pédestres
- ⇒ Roller
- ⇒ Self-défense
- ⇒ Yoga
- ⇒ Yogadanse

Fait à le

Cachet

Signature