

## 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
- ⇒ Ballet pour tous
- ⇒ Claquettes
- ⇒ Cyclo-randonnée
- ⇒ Danse africaine
- ⇒ Danses en ligne
- ⇒ Entrez dans la danse
- ⇒ 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

Fait à ..... le .....

*Cachet*

*Signature*