



## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur .....

certifie avoir examiné Mme, Mr.....prénom :.....

Né(e) le..... et ne pas avoir constaté à la date de ce jour de

signes cliniques apparents contre indiquant la pratique individuelle ou collective des activités physiques et sportives proposées par le club.

Randonnée pédestre

Randonnée loisir

Marche nordique

Activité dansée

Tennis de table

Tennis adapté

Pétanque, palets

SMS

(séances multi-activités senior)

*Cocher les disciplines pratiquées.*

**Date :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature :**