

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur

certifie avoir examiné ce jour :

Mme.....

Mr.....

né(e) le.....

et ne pas avoir constaté de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique collective ou individuelle des activités physiques et sportives, ***hors compétition***, dans le cadre des activités proposées par votre club de la Retraite Sportive pour l'exercice en cours, pour les activités suivantes reconnues par la Fédération Française de la Retraite Sportive :

Danse en ligne

Marche nordique

Gymnastique maintien en forme (Pilates)

Cyclotourisme

Etirements

Jeu de boules

SMS (séance multi-activités sénior)

Raquettes à neige

Tennis de table

(cocher les cases correspondant aux activités que le patient souhaite pratiquer.)

Date

Signature

et cachet du médecin