

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 :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Danse en ligne | <input type="checkbox"/> Marche nordique |
| <input type="checkbox"/> Gymnastique maintien en forme (Pilates) | <input type="checkbox"/> Cyclotourisme |
| <input type="checkbox"/> Etirements | <input type="checkbox"/> Jeu de boules |
| <input type="checkbox"/> SMS (séance multi-activités sénior) | <input type="checkbox"/> Raquettes à neige |
| <input type="checkbox"/> Tennis de table | |

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

Date
Signature
et cachet du médecin