

ATTESTATION MEDICALE

Pour la pratique des activités physiques

Programme d'été et Catalogue d'Activités 2017/2018

Le présent certificat sera valable jusqu'au 30 juin 2018

Je soussigné(e), docteur
en médecine, certifie que l'état de santé (Nom Prénom)
.....
ne présente pas à ce jour aucune contre indication apparente aux
activités suivantes :

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Tai Chi Chuan | <input type="radio"/> Gymnastique d'entretien |
| <input type="radio"/> Qi Gong | <input type="radio"/> Balad'âge (marche douce) |
| <input type="radio"/> Stretching | <input type="radio"/> Zumba Gold |
| <input type="radio"/> Mieux être (proche du yoga) | <input type="radio"/> Billard |
| <input type="radio"/> Pilates | <input type="radio"/> Pétanque |
| <input type="radio"/> Autres | |

Fait à, le / /

Signature du médecin

Cachet du médecin