

CERTIFICAT MÉDICAL

Attestant de l'absence de contre-indication à la pratique sportive

Programme : « Prévention du bien vieillir pour les personnes de +60 ans »

Je soussigné, Docteur

Certifie que l'examen de Madame/Monsieur réalisé ce jour,

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse.....

N'a pas mis en évidence de contre-indication apparente à la pratique sportive des activités adaptées à l'âge suivantes :

- Marche nordique
- Activités gymniques d'entretien et Pilates
- Activités de randonnée et d'orientation
- Jeux sportifs
- Activités aquatiques : aquagym, aqua bike
- Yoga et Qi Gong
- Activités à vélo

Adaptations nécessaires en fonction de l'état de santé :

.....
.....

Contre-indication temporaire /durée :

.....
.....

Conformément au décret n° 2016-1387 du 12 octobre 2016, modifiant les conditions de renouvellement du certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport, ce certificat est valable trois ans, sous réserve de modification notoire de l'état de santé (questionnaire médical CERFA N°15699*01), à la date d'émission ci-dessous.

Certificat établi le :/...../.....

Cachet et signature du médecin



À remettre à votre éducateur sportif lors de la première séance