



**ATTESTATION MÉDICALE**  
**À remplir exclusivement par le Médecin**

**Certificat médical d'aptitude :**

Je soussigné, Docteur.....certifie avoir examiné  
Mme ou M .....et le déclare apte à pratiquer

Les activités suivantes :

**Activités Adultes**

Renforcement musculaire / Fitness / Aquafitness

**Activités Séniors**

- Gymnastique d'entretien / Renforcement musculaire / Aquagym
  - Promenade pédestre (distance moyenne 6 kms, dénivelé 100 m)
  - Initiation à la marche nordique
  - Randonnée pédestre (Groupe B : distance moyenne 10 kms, dénivelé 400 m)
  - Randonnée pédestre (Groupe A : distance moyenne 15 kms, dénivelé 800 m)
- }

**Informations, restrictions ou limitations susceptibles d'avoir des répercussions sur la pratique sportive:**

.....  
.....  
.....

**Date .....Signature**

Si vous souffrez d'une maladie chronique ou d'une pathologie ayant une incidence sur la pratique de l'activité physique, merci d'en informer les éducateurs sportifs. L'éducateur référent « Sport Santé » vous accueillera lors d'un entretien individuel confidentiel gratuit, afin d'adapter au mieux votre pratique.

Dans le cadre du suivi individualisé, nous autorisez-vous à transmettre vos bilans de forme à votre médecin ?  **oui**  **non**

**VOUS RECONNAISSEZ :**

- L'exactitude des renseignements et documents fournis et vous vous engagez à signaler, immédiatement, tout changement de situation, **notamment en cas de problème médical (au retour vous devrez fournir un certificat de reprise)**. *Cochez*
- Avoir pris connaissance du règlement intérieur et des modalités liées à cette inscription. *Cochez*
- Avoir lu les mentions légales concernant la protection de vos données et être d'accord avec les finalités d'utilisation de celles-ci. *Cochez*

**Date .....Signature**