CERTIFICAT MEDICAL SPORT SANTE / PREVENTION/ BIEN-ETRE **2020/2021**

Je soussigné (e) Mr ou Mme Docteur: ……certifie

que Mr /Mme : ……..

ne présente aucun signe de contre- indication à la pratique de ou des activités physiques:

☐ **ACTIVITES AQUATIQUES**

☐ **ACTIVITES GYMNIQUES /TERRESTRES / VARIEES**

.

***Préciser si le futur pratiquant présente des limitations et des contraintes à ces activités.**

.

1……..

2……..

3……..

Fait à : Le : / /2020

Cachet du Cabinet :

Dans le cadre du programme Sport Santé ce Certificat médical sera valable un an.