



## Association Les Petits Poids, Ça Bascule Terrible

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur .....

Adresse : .....

.....

Tél : .....

Certifie que Madame / Monsieur .....  
est :

*(Rayer la/les activité(s) non autorisée(s) au patient)*

- Apte à pratiquer une activité physique adaptée :  
gymnastique douce, marche, marche nordique, randonnée pédestre, vélo, danse
- Apte à pratiquer l'aquagym douce et aquabike avec des exercices à intensité variable.
- Apte à pratiquer à un temps donné (1 fois par mois) des séances de sauna, hammam, jacuzzi, bain à jets.

Restriction / Recommandation particulière : .....

.....

.....

Fait à ....., le ..... /..... /.....

Signature et cachet :

**Les Petits Poids, Ça Bascule Terrible**

3 place des libertés – 80450 Camon

Tel : 06 82 52 61 69

Mail: [aptpetitspoids@yahoo.com](mailto:aptpetitspoids@yahoo.com)

Site : [www.les-petits-poids-cbt.fr](http://www.les-petits-poids-cbt.fr) (en construction)