CLUB des RETRAITES SPORTIFS AUSCITAINS
Activités – Certificat médical

NOUVEAU : Cochez en **priorité** les **activités** que vous allez **<u>réellement pratiquer</u>** en 2021 – 2022
Afin d'être informé(e) des actualités de ces activités

Cochez	Codes	Activités normales en salles	Cochez	Codes	Activités normales de pleine nature
	200	Gymnastique maintien en forme		**300**	Randonnée en plaine
	201	Gymnastique douce			
	202	Gymnastique Pilate			
	203	Gymnastique Tonique		**310**	Randonnée pédestre montagne Niveau 1
	207	Activité physique Adaptée en salle (SMS)		**311**	Randonnée pédestre montagne Niveau 2
				315	Ski Alpin
	210	Aquagym		**320**	Marche nordique
	220	Danses de loisirs			
	221	Danses ludiques		**330**	Cyclotourisme vélo de route niveau 1
	222	Country		**331**	Cyclotourisme vélo de route niveau 2
				332	Vélo à Assistance Electrique (VAE)
	224	Taï-Chi		**340**	Pétanque
	230	Tir à l'arc		**350**	Swingolf
	240	Chant chorale			
	242	Théâtre		**325**	Activité physique Adaptée en plein air (Marche)
	243	Informatique		**333**	Vélo à Assistance Electrique - Initiation
	245	De fil en aiguilles			
	246	Bricolage, menuiserie	Cochez		**Voyages touristique & culturel**
	247	Peinture		**450**	Voyage touristique
	250	Tennis de Table			
	260	Convivialité, Jeux			
	261	Loisirs, cinéma			
Cochez		**Activités optionnelles**	Cochez		**Séjours sportifs de pleine nature**
	410	Yoga		**500**	Séjour sportif raquettes à neige de 2 jours
				501	Séjour sportif montagne de 6 jours
				502	Séjour sportif cyclotouriste de 6 jours
				503	Séjour sportif de marche nordique de 5 jours
				510	Découverte des chemins de Saint-Jacques 1
				520	Sortie à la journée
	440	Informatique			
	441	Cuisine			

CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

Cachet du médecin

Je soussigné, ……
Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Mme – M. ……
Prénom ……
Né(e) le …… / …….. / ……

○ J'ai constaté, ce jour, l'absence de contre-indication à la pratique du sport (activités sportives de loisirs, hors compétition).

○ J'exclus les activités barrées ci-dessus, qui ne peuvent pas être pratiquées par mon (ma) patient(e)

……

……

Fait à …… le…….. / …….. / 20 ……..