Certificat médical permettant une pratique d’activité physique adaptée dans le cadre du sport santé

Je soussigné(e) Dr. …………………………………………………………………….. Docteur en médecine, certifie avoir examiné Mr/Mme ……………………………………………….., née le……../ ………. / ………… et avoir constaté que son état de santé actuel autorise la pratique des activités physiques adaptées suivantes :

Marche / Aquagym / Gymnastique / Fitness danse / Renforcement musculaire

Je certifie avoir remis le document présent à l’interessé(e) pour faire valoir ce que de droit.

Fait à ………………………………. Le ……………………………………

Signature : Cachet médical :