

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE SPORTIVE

Je soussigné Docteur _____ certifie que

M. Mme NOM _____ Prénom _____ Age _____

Ne présente aucune contre-indication à la pratique d'activités physiques organisées par la F.F.E.P.G.V.

CONSEILS À L'ANIMATEUR (TRICE) de GYMNASTIQUE

Précautions particulières à prendre concernant : *(entourer les mentions utiles et préciser au besoin)*

L'APPAREIL LOCOMOTEUR :

- colonne vertébrale _____ - Membres supérieurs _____

- Prothèses _____ - Membres inférieurs _____

L'APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

- Cœur à ménager _____

- Fréquence cardiaque à ne pas dépasser _____

L'APPAREIL RESPIRATOIRE

- Essoufflement _____

L'APPAREIL NEURO-SENSORIEL

- Troubles de l'équilibre _____

- Vertiges _____

- Surdité _____

- Troubles de la vue _____

Aucune contre indication à la pratique de la gymnastique.

Aucune contre indication à la pratique de la gymnastique dans l'eau et de la natation

Aucune contre indication à la pratique du yoga, du pilates, du qi gong

Aucune contre indication à la pratique du cross-training (gymnastique intensive)

Aucune contre indication à la pratique du ski de fond – raquettes – randonnée pédestre

Autres activités sportives : _____

● Temps de marche, environ 4h 6h 8h

● Dénivellation, montée maximum environ 500 m 1000 m

●Pente pouvant atteindre 30 % 50 %

●Altitude pouvant atteindre les environs de 1000 m 1500 m supérieure à 2000 m

CERTIFICAT DÉLIVRE A LA DEMANDE DE L'INTÉRESSÉ(E) ET REMIS EN MAINS PROPRES

Date _____

Signature du demandeur

Cachet et signature du médecin