

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné,

Docteur.....

Certifie avoir examiné ce jour

Madame, Monsieur.....

Né(e) le.....

et ne pas avoir constaté de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique collective ou individuelle des activités physiques et sportives, hors compétition, dans le cadre des activités proposées par votre Club de la retraite sportive pour l'exercice en cours, concernant les activités suivantes reconnues par la F.F.R.S. :

Activités dansées -  Cyclotourisme -  Gymnastique -  Pilates -  Tennis rebond -  Randonnée pédestre -  Pétanque -  Bowling

*(cocher les sports pratiqués)*

Un avis complémentaire est nécessaire pour d'autres activités et dans l'éventualité d'un évènement de santé survenant dans le cours des douze mois à venir.

Le .....201\_