**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné Docteur ………………………………………………….………….………..

demeurant ………………………………………………………………….…………………

certifie avoir examiné ce jour

M./Mme/Mlle ……………………………………………………..……………………………

demeurant à …………………………………………………………………………………..

né(e) le …… / …….. / ……….

et n’avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique

* de la Marche Nordique santé (1)
* de la Gymnastique santé (1)
* d’Activités Physiques Respiratoires (1)
* d’Activités Physiques Adaptées (Ateliers Equilibre – Multi activités) (1)

Fait à ………………, le …………………….

Cachet et signature du médecin

1. Barrer la mention inutile