CERTIFICAT MEDICAL

Saison 2024 / 2025

Je soussigné(e), Docteur

Certifie que Nom, Prénom ….....

Né(e) le … / … / ….

Est apte à pratiquer la ou les **activités sportives de groupe suivantes** :

☐ Gymnastique au sol

☐ Gymnastique dans l'eau

☐ Randonnée pédestre dénivelée 600m ☐ 1000m ☐

temps de marche 4 H ☐ 6 H ☐

☐ Ski de fond

☐ Marche nordique

☐ Acti'March

☐ **Nombre de cases cochées**

Observations éventuelles à l'attention des animateurs sportifs :

Fait le Signature et cachet du médecin