



**Vous êtes porteur :**

- De lentilles
- De lunettes
- De prothèses dentaires
- De prothèse auditive
- Autre (précisez) .....

**ATTESTATION MEDICALE**  
**À remplir exclusivement par le Médecin**

**Certificat médical d'aptitude :**

Je soussigné, Docteur.....certifie avoir examiné  
Mme ou M .....et le déclare apte à pratiquer  
les activités de Fitness et Aquafitness.

**Informations, restrictions ou limitations susceptibles d'avoir des répercussions sur la pratique sportive :**

.....  
.....

**Conduite à tenir :**

.....  
.....

Date .....Signature

Le certificat médical sera conservé 3 ans.

Je soussigné M. .... atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et des modalités liées à cette inscription. **Vérifiez que votre assurance couvre les personnes et le matériel dans le cadre des activités sportives avec le service des sports.**

De même je reconnais l'exactitude des renseignements et documents fournis et m'engage à signaler, immédiatement, tout changement de situation, notamment **en cas de problème médical (vous devrez fournir un certificat de reprise).**

Loi informatique et liberté : vous êtes informé que le présent dossier fait l'objet d'un traitement informatisé. Conformément aux dispositions de la loi 78.17 du 6 janvier 1978, relative aux fichiers informatiques et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification ou de suppression des données vous concernant.

Pour l'exercer, merci de nous contacter par courrier.

Date .....Signature