

Vous êtes porteur :

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

ATTESTATION MÉDICALE
À remplir exclusivement par le Médecin

Certificat médical d'aptitude :

Je soussigné, Docteur.....certifie avoir examiné

Mme ou Met le déclare apte à pratiquer les activités suivantes :

Activités Adultes

Renforcement musculaire / Fitness / Aquafitness

Activités Séniors

Pilates / Renforcement musculaire / Aquaforme / Promenade pédestre
(distance moyenne: 6 kms dénivelé : 100 m) / Initiation à la marche nordique.

Informations, restrictions ou limitations susceptibles d'avoir des répercussions sur la pratique sportive (en cas de maladies chroniques, un ordonnancier spécifique est à télécharger sur www.svdb.fr):

.....

Conduite à tenir :

.....
.....

DateSignature

Cette inscription vous permet de bénéficier des activités proposées par la Maison Sport-Santé du SIVoM Val de Banquière dans le cadre du programme Sport-Santé Seniors SIVoM.

Si vous souffrez d'une maladie chronique ou d'une pathologie ayant une incidence sur la pratique de l'activité physique, merci d'en informer les éducateurs sportifs. Ils vous accueilleront lors d'un entretien individuel confidentiel gratuit, afin d'adapter au mieux votre pratique.

Dans le cadre du suivi individualisé, nous autorisez-vous à transmettre vos bilans de forme à votre médecin ? **oui** **non**

VOUS RECONNAISSEZ :

- L'exactitude des renseignements et documents fournis et vous vous engagez à signaler, immédiatement, tout changement de situation, **notamment en cas de problème médical (au retour vous devrez fournir un certificat de reprise)**. *Cochez*
- Avoir pris connaissance du règlement intérieur et des modalités liées à cette inscription. *Cochez*
- Avoir lu les mentions légales concernant la protection de vos données et être d'accord avec les finalités d'utilisation de celles-ci. *Cochez*

DateSignature