



**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 suivantes :

**Activités Adultes**

- Renforcement musculaire / Fitness .....

**Activités Séniors**

- Gymnastique d'entretien .....
- Renforcement musculaire .....
- Aquagym .....
- Promenade pédestre (distance moyenne 6 kms,  
dénivelé 100 m) .....
- Randonnée pédestre (Groupe A : distance moyenne  
17 kms, dénivelé 800 m) .....
- Randonnée pédestre (Groupe B : distance moyenne  
13 kms, dénivelé 450 m) .....
  
- Initiation à la marche nordique .....

**Antécédents ou problématiques susceptibles d'avoir des répercussions sur la  
pratique sportive:**

.....

**Conduite à tenir : Informer le responsable de l'activité**

.....

.....

**Date .....Signature**

Je soussigné M. .... atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et des modalités liées à cette inscription.

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**