

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 Met le déclare apte à pratiquer
les activités Renforcement musculaire, Musculation et Fitness.

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

.....
.....

Conduite à tenir : Informer le responsable de l'activité

.....
.....

DateSignature

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.

DateSignature