



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

**Certificat médical d'aptitude :**

Je soussigné, Docteur.....certifie  
avoir examiné Mme ou M .....et  
la/le déclare apte à pratiquer

Les activités suivantes :

- Gymnastique Douce .....
- Renforcement musculaire .....
- Renforcement postural/Pilates .....
- Gymnastique dansée .....
- Promenade pédestre (distance moyenne 6  
kms, dénivelé 100 m) .....

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

.....  
.....

**Conduite à tenir :**

.....  
.....

**Date .....Signature**

Cachet du médecin

Etes-vous inscrit au programme « parcours médico-sportif individualisé » Oui / Non

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**