



## CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE



Je soussigné(e) Docteur.....

Certifie que l'état de santé de M. /Mme ..... lui autorise :

### 3) la pratique d'activités physiques : (cocher la case concernée)

- |   |                                      |   |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Aquagym piscine  | <input type="checkbox"/> Gym tonique | <input type="checkbox"/> Self défense             |
| <input type="checkbox"/> Aquagym Mer      | <input type="checkbox"/> Gym ciblée  | <input type="checkbox"/> Marche de moins de 2h    |
| <input type="checkbox"/> Danse de société | <input type="checkbox"/> Yoga        | <input type="checkbox"/> Marche de plus de 2h     |
| <input type="checkbox"/> Danse de salon   | <input type="checkbox"/> Tai-chi     | <input type="checkbox"/> Station debout prolongée |
| <input type="checkbox"/> Gym douce        | <input type="checkbox"/> Boxe        | <input type="checkbox"/> Autres, préciser :       |
| <input type="checkbox"/> pilates          |                                      | <input type="checkbox"/> pétanque .               |

### 4) La participation aux voyages et excursions : (cocher la case concernée)

- |   |                                   |   |                                   |
|---|-----------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> En Autocar     | <input type="checkbox"/> En avion | <input type="checkbox"/> En bateau                | <input type="checkbox"/> En train |
| <input type="checkbox"/> Randonnée :    |                                   | <input type="checkbox"/> Marche de moins de 2h    |                                   |
| Sortie en altitude à + de 1000m oui non |                                   | <input type="checkbox"/> Marche de plus de 2h     |                                   |
| Sortie en altitude à + de 1000m oui non |                                   | <input type="checkbox"/> Station debout prolongée |                                   |

Sans réserve

Sous réserve (à préciser) .....

Fait le : .....à.....

Cachet, N° de téléphone et signature du médecin

Durée de validité : année en cours à compter de la signature du médecin