

**CERTIFICAT MEDICAL**  
**DE NON CONTRE INDICATION**

Je soussigné Docteur.....médecin à.....

certifie avoir examiné ce jour ...../...../.....

Mme – Mr .....né(e), le ...../...../.....

et ne pas avoir constaté de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique des activités sportives, hors compétition, collective ou individuelle dans le cadre des activités sportives proposées pour l'exercice 2017/2018 par le club : La Galipote – Association des Retraités Sportifs Aubinois pour les activités suivantes (1) :

Randonnée pédestre  
Marche nordique  
Aquagym  
Activités dansées

Tampon du médecin et signature

(1) Rayer la ou les activités contre-indiquée (s)

---