

CERTIFICAT MEDICAL
DE NON CONTRE INDICATION

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

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

Mme – Mrné(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 2020/2021 par le club : La Galipote – Association Sportive des Retraités Aubinois et Cluzéliens pour les activités suivantes (1) :

Randonnée pédestre
Marche nordique
Aquagym
Activité dansée

Tampon du médecin et signature

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