**Certificat médical de non-contre-indication à la pratique de l'activité physique adaptée**

Je soussigné(e) Docteur ………………………………………………………………………………..

certifie avoir examiné ce jour :

........................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………..........................................................

qui ne présente pas actuellement de contre-indication clinique apparente à la pratique des activités suivantes :

 Marche

 Course à pied

 Aquagym

 Gymnastique adaptée

 Rééducation par l'escrime

 Renforcement musculaire

 y compris en compétition

A ..................................................... Le ………………………………...

Signature