**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