



# Certificat médical

Je soussigné(e),

Docteur : .....N° ordre : .....

Certifie avoir examiné Mme, M. ....

né(e) le .....à .....

Et n'avoir constaté à ce jour aucune contre-indication à la pratique dans les disciplines suivantes :

-tennis de table en compétition

-fitness/renforcement musculaire

-randonnée pédestre, rando santé, marche aquatique

-aviron indoor

-gymnastique

-natation

-activités de gymnastique dans le cadre de la FFEPGV (fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire)

-pratique des activités physiques et sportives adaptées dans les disciplines suivantes : tennis de table, randonnée, aviron indoor, gymnastique, natation

hors compétition  
 en compétition

Restrictions ou remarques éventuelles : .....

.....  
.....

Abstention de la pratique lors des pics de pollution de l'air, brume de sable: **oui / non**

Fait à : ..... Le : .....

Cachet

signature du médecin

