

|                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p align="center"><b>ATTESTATION D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION</b><br/><b>À LA PRATIQUE SPORTIVE</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

*À signer lors de la 1<sup>ère</sup> séance*

Je soussigné(e), (indiquer Nom et Prénom)

.....

certifie avoir rencontré mon médecin traitant et atteste l'absence de contre-indication à la pratique sportive d'une ou plusieurs activités suivantes (cocher la/les case(s) correspondante(s)) :

**3 activités maximum**

- ☐ Gymnastique / Stretching
- ☐ Pilates
- ☐ Danse rythmique
- ☐ Marche nordique
- ☐ VTC
- ☐ Tir à l'arc
- ☐ Activités nautiques

Cette attestation est valable pour la saison 2024/2025 sous réserve de modification de mon état de santé.

Attestation établie le :

Signature :