ATTESTATION D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE SPORTIVE

À signer lors de la 1ère 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		MARCHE NORDIQUE
	PILATES		MARCHE NORDIQUE & ACTIVITES PLEIN AIR
	STRETCHING		KAYAK
	DANSE RYTHMIQUE		WATERBIKE
	VTC		CATAMARAN
	TIR A L'ARC		PADDLE GYM

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

Attestation établie le :

Signature :

ATTESTATION D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE SPORTIVE

À signer lors de la 1ère 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		MARCHE NORDIQUE
	PILATES		MARCHE NORDIQUE & ACTIVITES PLEIN AIR
	STRETCHING		KAYAK
	DANSE RYTHMIQUE		WATERBIKE
	VTC		CATAMARAN
	TIR A L'ARC		PADDLE GYM

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

Attestation établie le :

Signature :