



ATTESTATION MÉDICALE

SAISON 2024/2025



- à remettre avec au moment de l'inscription -

M., Mme Né(e) le

Adresse :

.....Tél. :

Est autorisé à la pratique des activités physiques suivantes (pas de contre-indication) :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Marches faciles | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 2. Marche niveau modéré | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 3. Marche Nordique / Randonnées pédestres | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 4. Pétanque | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 5. Gymnastiques diverses / Handfit | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 6. Qi Gong / Tai chi | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 7. Danse country / Danse de salon | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 8. Tennis de table | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 9. Tennis | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 10. Vélo de loisir | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 11. Self défense | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 12. Ski alpin / Raquettes | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 13. Chauffeur minibus | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 14. Autres, précisez : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

Précisions concernant des restrictions

.....
.....

Réserves

Date

Signature et cachet du médecin :