

CERTIFICAT MEDICAL

Saison 2025 / 2026

Je soussigné(e), Docteur

Certifie que Nom, Prénom

Né(e) le ... / ... /

Est apte à pratiquer la ou les **activités sportives de groupe** suivantes :

☐ Gymnastique au sol

☐ Gymnastique dans l'eau

☐ Randonnée pédestre dénivelée 600m ☐ 1000m ☐

temps de marche 4 H ☐ 6 H ☐

☐ Ski de fond

Acti'March

☐ Marche dynamique

☐ Nombre de cases cochées

Observations éventuelles à l'attention des animateurs sportifs :

Fait le

Signature et cachet du médecin