



A S R Y
AMICALE SPORTIVE DES RETRAITÉS YONNAIS



CERTIFICAT MEDICAL
DE NON CONTRE - INDICATION



Je soussigné Docteurmédecin à.....

Certifie avoir examiné ce jour (...../...../.....)

Mme - Mrné(e) le (...../...../.....)

Et ne pas avoir constaté de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique des activités sportives, hors compétition, collective ou individuelle dans le cadre des activités sportives proposées pour l'exercice 2018/2019 par le club : Amicale Sportive des Retraités Yonnais affilié à la Fédération Française de la Retraite Sportive

Pour les activités suivantes * :

- ✓ Activité Dansée
- ✓ Aquagym
- ✓ Aquabike
- ✓ Bodybalance
- ✓ Vélo en salle R P M
- ✓ Cyclotourisme VTC piste
- ✓ Escalade
- ✓ Activité Gymnique
 - Douce
 - Maintien en forme
 - Pilate
- ✓ Jogging
- ✓ Marche Aquatique Côtière
- ✓ Marche Nordique
- ✓ Musculation remise en forme
- ✓ Pétanque
- ✓ Randonnée pédestre
- ✓ Marche Promenade
- ✓ S M S (Séances Multiactivités Seniors)
- ✓ Self Défense
- ✓ Sophrologie
- ✓ Swin Golf
- ✓ Tennis-Rebond
- ✓ Tennis de table
- ✓ Yoga
- ✓ Activités Ludiques et Culturelles

***Rayer la ou les activités contre-indiquée(s)**

Tampon du médecin
et signature