



**A S R Y**  
**AMICALE SPORTIVE DES RETRAITES YONNAIS**



**CERTIFICAT MEDICAL**  
**DE NON CONTRE - INDICATION**



Je soussigné Docteur ....., médecin à .....

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

Mme - Mr ..... Né (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 2022/2023 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
- ✓ Escalade
- ✓ Activités Gymniques
  - Douce
  - Maintien en forme
  - Pilates
- ✓ 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