

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION  
À UNE ACTIVITÉ SPORTIVE — EXERCICE 2023 / 2024**

Je soussigné, Docteur.....  
.....

Certifie que M / Me .....

Ne souffre d'aucune maladie ou infirmité décelable incompatible avec la pratique d'une ou plusieurs des activités sportives cochées ci-dessous :

- La randonnée pédestre en journée ou demi-journée en montagne
- Des cours d'aquagym d'une durée d'une heure, une ou deux fois par semaine.
- Des cours de gymnastique, de Pilates ou de stretching d'une durée d'une heure.

**Ce certificat est valable pour une durée de ..... an(s) à partir de sa date d'émission**

Date :

Signature et cachet du médecin