

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
À UNE ACTIVITÉ SPORTIVE — EXERCICE 2024 / 2025**

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 ou de Pilates 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