



## CERTIFICAT MEDICAL

### SAISON SPORTIVE 2020/2021

*A remplir par le médecin*

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .....

Je soussigné Dr.....

Certifie que l'examen clinique de ce jour ne révèle pas d'anomalie évidente ni pathologie actuellement décelable entraînant une contre-indication formelle aux activités physiques listées ci-dessous dans le cadre de la Fédération Française Éducation Physique Gymnastique Volontaire (F.F.E.P.G.V) :

#### ACTIVITES EN SALLE :

<i>Gymnastique d'entretien</i>	<i>Souplesse/Étirements/Relaxation</i>	<i>Gym Seniors</i>
<i>Stretching Postural</i>	<i>Pilates</i>	<i>Yoga</i>
<i>Cross Training</i>	<i>Tabata Zumba</i>	<i>Cardio/Abdos/Fessiers</i>
<i>Cardio fit</i>	<i>Cardio danse</i>	<i>Dance Energy</i>

#### ACTIVITES EN EXTERIEUR :

<i>Bungy Pump</i>	<i>Marche Nordique</i>
-------------------	------------------------

(\*) **Rayer les mentions inutiles**

Restrictions éventuelles : .....  
.....

Le.....2020  
**Signature et cachet du  
professionnel de santé**