

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné ce jour :

Mme.....

Mr.....

né(e) le.....

et ne pas avoir constaté de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique collective ou individuelle des activités physiques et sportives, hors compétition, dans le cadre des activités proposées par votre club de la Retraite Sportive pour l'exercice en cours, pour les activités suivantes reconnues par la **Fédération Française de la Retraite Sportive** :

- Promenade pédestre
- Randonnée pédestre
- Marche nordique
- Cyclotourisme (Vélo-route)
- Vélo plaisir (VTC)
- Raquettes à neige
- Ski alpin
- Gymnastique d'entretien

(Cocher les cases correspondant aux activités que le patient souhaite pratiquer)

Date :

Signature et cachet du médecin