**CERTIFICAT MÉDICAL**

**Renseignements concernant l’adhérent** :

Nom : ………………………………………. Prénom:……………………………….

Date de naissance :……………

**Certificat médical de non contre-indication à la pratique :**

Rayer les activités non-autorisées :

* **Gym d’entretien en salle** ( gym douce , Pilates , Fitball , Gym tonique , Gym sénior , stretching , musculation )
* **Zumba**
* **Gym d’entretien en extérieur**
* **Cross training**
* **Randonnée pédestre**
* **Marche nordique, Bungy pump**

**Date Signature et cachet du médecin**