



Le...../...../.....

Je soussigné, Docteur, certifie avoir examiné ce jour :
M^{me}. M.
Prénom :
Né(e)e le et ne pas avoir constaté de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique collective ou individuelle des activités physiques et sportives ci-dessous, hors compétition, proposées par votre association (R.S.A.M.) pour l'exercice en cours.

Randonnée pédestre	Raquettes à neige
Cyclotourisme	Aquagym
Pétanque	Activité dansée
Gymnastique	Yoga
Marche nordique	MEE *(Mémoire En Eveil)

Rayer les activités qui ne sont pas pratiquées

* sans avis médical

Un avis complémentaire est nécessaire pour d'autres activités et dans l'éventualité d'un événement de santé survenant au cours des 12 mois à venir



Le...../...../.....

Je soussigné, Docteur, certifie avoir examiné ce jour :
M^{me}. M.
Prénom :
Né(e)e le et ne pas avoir constaté de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique collective ou individuelle des activités physiques et sportives ci-dessous, hors compétition, proposées par votre association (R.S.A.M.) pour l'exercice en cours.

Randonnée pédestre	Raquettes à neige
Cyclotourisme	Aquagym
Pétanque	Activité dansée
Gymnastique	Yoga
Marche nordique	MEE *(Mémoire En Eveil)

Rayer les activités qui ne sont pas pratiquées

* sans avis médical

Un avis complémentaire est nécessaire pour d'autres activités et dans l'éventualité d'un événement de santé survenant au cours des 12 mois à venir