



Le / /

Je soussigné, Docteur _____, certifie avoir examiné ce jour :

M^{me} M. _____

Prénom _____

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 FFRS.

Gym Tonic Fitness		GMF (Gym de maintien en forme)	
Marche Nordique		Gym douce	
Randonnée pédestre courte		SMS (Section Multi activités Seniors)	
Sortie VTC du jeudi (> 30 km)		Aquagym	
Balade VTC du lundi (<30 km)		Chorale	
Country & Line			

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



FFRS - Fédération Française de la Retraite Sportive – BP20 – 38360 SASSENAGE – 04.76.53.09.80

Commission Médicale et Direction Technique Nationale

***Certificat médical obligatoire pour les nouveaux adhérents, valable 3 ans,
Et pour les anciens adhérents qui ont répondu OUI à au moins un item du questionnaire au recto.***