



Email : marcheurnageurs@gmail.com

**CERTIFICAT MÉDICAL (saison 2024/2025)**

**CLUB NAGE-RANDO-RETRAITÉS (N°33)**

**Maison des Associations Sportives**

**535 avenue Saint Exupéry**

**69400 VILLEFRANCHE SUR SAÔNE**

**Je soussigné, Docteur**

**Certifie que**

**NOM :**

**PRÉNOM :**

**Date de naissance :**

**Ne présente, à ce jour, pas de contre-indication apparente à la pratique du sport suivant : (1)**

- Aquagym**
- Natation**
- Randonnée**
- Danse**

**Fait à .....** le .....

**Signature & cachet du Médecin**

**(1) Le Médecin devra préciser les activités dont il autorise la pratique**