

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur (Nom et Prénom)

.....

Après avoir pris connaissance du descriptif de l'activité, de ses exigences, de ses contraintes, et de ses limites

Après avoir examiné Madame ,Monsieur

.....

Après avoir procédé à un examen complet ainsi qu'aux différents tests indispensables à la pratique sportive,

Certifie que Madame, Monsieur (Nom et Prénom)

.....

Domicilié(e)

.....

.....

est apte à pratiquer pour l'année scolaire 2016 / 2017 la ou les activités

.....

.....

dans un but de loisirs à l'exclusion de toute prétention médicale

et ce dans le cadre des Activités Physiques Seniors proposées par le Centre Communal d'Action Sociale de la Ville de GAP.

Les informations relatives aux activités sont décrites dans la plaquette remise lors du retrait du dossier.

Date :

Signature et Tampon