

Cochez les activités qui ne présentent aucune contre-indication à la pratique sportive correspondante :

I) **ACTIVITÉS PHYSIQUES DOUCES**

- Golf
- Gymnastique
- Gym Dos
- Gym Douce
- Gym Douce Equilibre
- Méditation Vipassana
- Pilates
- Stretching
- Sophrologie
- Tennis de Table
- Yoga
- Yoga du Rire
- Zumba Gold

II) **ACTIVITÉS PHYSIQUES TONIQUES**

- Abdos Fessiers
- Danse Country
- Renforcement Musculaire
- Renforcement M. - Stretching
- Salsa-Bachata
- Toni-Stretch
- Zumba fitness

III) **ACTIVITÉS AQUATIQUES**

- Aquagym Douce et Tonique
- Kayak de mer
- Longe côte
- Voile

IV) **ARTS MARTIAUX**

- Qi Gong
- Taiji Quan

**ADHÉRENT**

CIVILITÉ :  Mme.  Mlle.  M.

NOM : .....

Prénom : .....

MAIL : .....

**CACHET ET SIGNATURE  
DU MÉDECIN TRAITANT**

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

CACHET

Signature du praticien

*Ce certificat médical d'aptitude doit être rempli et signé par votre médecin traitant. Il est à renouveler, en cas d'arrêt de pratique sportive de plus de 2 mois.*