**CERTIFICAT MÉDICAL**

**Renseignements concernant l’adhérent** :

Nom : ………………………………………. Prénom:……………………………….

Date de naissance :……………

**Certificat médical de non contre-indication à la pratique :**

**Rayez** les activités non-autorisées :

* **Gym d’entretien en salle** ( Gym douce , Pilates , Fitball , Gym tonique , Gym sénior , stretching , musculation, Yoga , Body Zen )
* **Zumba , Cardio Danse**
* **Cross training / Urban Training**
* **Randonnée pédestre**
* **Marche nordique, Bungy pump, Marche sport santé, Gym Oxygène**

 **Date Signature et cachet du médecin**