

**ATTESTATION MEDICALE DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DE LA GYMNASTIQUE VOLONTAIRE
pour les +60 ans et les Activités Physiques Adaptées (APA) (*1)**

Je soussigné Docteur _____ certifie que
(M, Mme) **NOM** _____

Prénom _____ Age _____

ne présente aucune contre-indication à la pratique d'activités physiques
organisées par la FFEPGV (Fédération Française d'Éducation Physique et de
Gymnastique Volontaire).

Conseils à l'animateur (trice) :

précautions particulières à prendre concernant :

L'appareil locomoteur :

- Colonne vertébrale _____
- Membres supérieurs _____
- Membres inférieurs _____
- Prothèses _____

L'appareil cardio-vasculaire :

- Fréquence cardiaque à ne pas dépasser _____
- Cœur à ménager _____

L'appareil respiratoire :

- Essoufflement _____
- _____

L'appareil neurosensoriel :

- Troubles de l'équilibre _____
- Vertiges _____
- Surdité _____
- Troubles de la vue _____
- _____

Autres précautions : _____

ATTESTATION DÉLIVRÉE A LA DEMANDE DE L'INTÉRESSÉ(E) ET REMISE EN MAIN PROPRE

Signature du demandeur

Cachet et signature du médecin

Date

(*1) à l'exclusion de stages intensifs ou d'activités physiques particulières pour lesquelles le
certificat d'aptitude à la pratique du sport est exigé.

**ATTESTATION MEDICALE DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DE LA GYMNASTIQUE VOLONTAIRE
pour les +60 ans et les Activités Physiques Adaptées (APA) (*1)**

Je soussigné Docteur _____ certifie que
(M, Mme) **NOM** _____

Prénom _____ Age _____

ne présente aucune contre-indication à la pratique d'activités physiques
organisées par la FFEPGV (Fédération Française d'Éducation Physique et de
Gymnastique Volontaire).

Conseils à l'animateur (trice) :

précautions particulières à prendre concernant :

L'appareil locomoteur :

- Colonne vertébrale _____
- Membres supérieurs _____
- Membres inférieurs _____
- Prothèses _____

L'appareil cardio-vasculaire :

- Fréquence cardiaque à ne pas dépasser _____
- Cœur à ménager _____

L'appareil respiratoire :

- Essoufflement _____
- _____

L'appareil neurosensoriel :

- Troubles de l'équilibre _____
- Vertiges _____
- Surdité _____
- Troubles de la vue _____
- _____

Autres précautions : _____

ATTESTATION DÉLIVRÉE A LA DEMANDE DE L'INTÉRESSÉ(E) ET REMISE EN MAIN PROPRE

Signature du demandeur

Cachet et signature du médecin

Date

(*1) à l'exclusion de stages intensifs ou d'activités physiques particulières pour lesquelles le
certificat d'aptitude à la pratique du sport est exigé.