

**ATTESTATION MEDICALE DE NON CONTRE-INDICATION  
A LA PRATIQUE DE LA GYMNASTIQUE VOLONTAIRE  
pour 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 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.