

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné (e) Docteur

Certifie avoir examiné

Madame, Monsieur

☐ **Atteste que l'intéressé(e) ne présente pas, à ce jour, de contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives proposées aux seniors par le Rayon de Soleil Bryard**

(aquagym, danse de salon, danse en ligne, feldenkrais, gymnastique, gymnastique tonique, gymnastique douce, pilates, marche, randonnée, promenade à vélo, taï Chi Chuan, yoga).

☐ **Constata que son état de santé ne lui permet pas de pratiquer l'activité :**

Fait à le

Pour servir et faire valoir ce que de droit.

Siège social : 11 avenue Georges Clémenceau 94360 Bry sur Marne
contact@rayondesoleilbryard.fr 01 48 82 12 82 www.rayondesoleilbryard.fr

(1) signature et apposition du cachet