

le certificat medical

À remettre à
votre animateur
lors de la
première
séance

Je soussigné, Docteur en Médecine, Médecin traitant, Oncologue

(préciser)

.....

déclare que Mme / M.

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

CP : | | | | | Ville :

Tél. : | | | | | Date de naissance : | | | | |

est apte médicalement à suivre les activités physiques adaptées du
programme **Gym'Après Cancer**.

Fait le, à

Cochez les activités préconisées pour le pratiquant :

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Activités cardio (LIA, Step...) | <input type="radio"/> Marche active |
| <input type="radio"/> Activités de renforcement musculaire | <input type="radio"/> Exercices à dominante équilibre |
| <input type="radio"/> Techniques douces (yoga, tai chi...) | <input type="radio"/> Activités aquatiques |

Cachet et signature :