

## AUTORISATION MEDICALE pour pratiquer une activité

Je soussigné, ....., Docteur en médecine

certifie que l'état de santé de M .....

lui permet de participer aux activités suivantes **adaptées au 3ème âge**

*Merci de barrer les cases inutiles*

<b>Gym. d'entretien</b>	pleinement	avec modération
<b>Musculation</b> <i>appareils en charges adaptées</i>	pleinement	avec modération
<b>Natation*</b>	pleinement	avec modération
<b>Aqua-Sénior*</b>	pleinement	avec modération
<b>Tennis de table</b>	pleinement	avec modération
<b>Promenade 5km sans dénivelé</b>	pleinement	avec modération
<b>Marche 8 km environ</b> <b>rythme normal</b>	pleinement	avec modération
<b>Marche 9 à 12 km avec</b> <b>dénivelés rythme soutenu</b>	pleinement	avec modération

*\* ces activités sont encadrées par des professionnels*

Ces activités sont pratiquées au sein du GROUPE DES AINES  
de l'Association Familiale de Villers les Nancy

Réserves : .....

.....

Date : ..... / ..... / 20....

Signature et tampon du médecin