Saison 2026 / 2027

Ville de Créteil

CERTIFICAT MÉDICAL
ACTIVITES SPORTIVES

Je soussigné (e), ……, docteur en Médecine, certifie que :

Mr ou Mme…….
Né(e) le ……ne présente aucune manifestation pathologique cliniquement décelable contre-indiquant la pratique des sports suivants : (cochez les cases correspondantes)

☐ Gymnastique ☐ Musculation ☐ Pilâtes flow ☐ Mobility flow / stretching

☐ Yoga ☐ Danse en ligne ☐ Zumba ☐ Atelier équilibre

☐ Boxe ☐ Danska ☐ Tennis ☐ Tennis de table

☐ Tir sportif ☐ Cyclotourisme

☐ Marche soutenue (7 à 10 km) ☐ Marche modérée (3 à 6 km) ☐ Reveil Musculaire

☐ Aquagym ☐ Natation (nage libre) ☐ Aquaphobie

A ne compléter qu'en cas de port d'une prothèse ou d'une situation médicale particulière :
……...

Les précautions suivantes sont à respecter :
……...

A……Le……

Signature et tampon du Médecin :

A remplir par l'usager : Je m'engage à fournir un certificat de reprise des activités en cas d'arrêt prolongé, lié à un accident ou à une maladie invalidante.

A……Le……

Signature de l'usager :