



Association de la Retraite Sportive
Club 34005 Saint Gély du Fesc

AVIS MÉDICAL recommandé avant REPRISE D'ACTIVITÉS

Je soussigné,

Docteur en médecine, certifie avoir examiné :

Mme – M.

Prénom

Né(e) le : / /

et n'avoir pas constaté, ce jour, de signes cliniques contre indiquant la reprise d'activités physiques.

Si besoin, précisions et recommandations ou préconisations à l'attention des animateurs :

.....
.....
.....

Avis médical établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait le / /

Cachet et signature du médecin