le …/…./….

Je soussigné, Docteur _____ , certifie avoir examiné ce jour :

Mme M. _____

Prénom _____

né(e) le _____ , et ne pas avoir constaté de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique collective ou individuelle des activités physiques et sportives, hors compétition, dans le cadre des activités proposées par votre club de la Retraite Sportive pour l'exercice en cours, pour les activités suivantes reconnues par la FFRS.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Un avis complémentaire est nécessaire pour d'autres activités et dans l'éventualité d'un évènement de santé survenant dans le cours des 12 mois à venir.

le …/…./….

Je soussigné, Docteur _____ , certifie avoir examiné ce jour :

Mme M. _____

Prénom _____

né(e) le _____ , et ne pas avoir constaté de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique collective ou individuelle des activités physiques et sportives, hors compétition, dans le cadre des activités proposées par votre club de la Retraite Sportive pour l'exercice en cours, pour les activités suivantes reconnues par la FFRS.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Un avis complémentaire est nécessaire pour d'autres activités et dans l'éventualité d'un évènement de santé survenant dans le cours des 12 mois à venir.

FFRS - Fédération Française de la Retraite Sportive

Commission Médicale et Direction Technique Nationale