

**CERTIFICAT DE NON CONTRE INDICATION AUX ACTIVITES DE NON CONTRE-INDICATION AUX ACTIVITES DE LA F.F. E.P.G.V.**

**DECLARATION DU/DE LA PRATIQUANT(E)**

Présentez-vous une maladie cardiaque : hypertension artérielle, insuffisance coronarienne, séquelle d'infarctus du myocarde..... ?

Présentez-vous une pathologie articulaire (arthrose, douleurs dorsales, lombaires, cervicales, douleurs de genoux, de hanche, prothèse de hanche, de genou.....) ?

Êtes-vous diabétique ?

Date

Signature du licencié

**Votre médecin vous invite à remettre, pour votre sécurité, ces informations à l'animateur de votre club**

.....

**CERTIFICAT MEDICAL**

*A remplir par le médecin*

Je soussigné Dr  
Mr/Mme

certifie avoir examiné ce jour  
né(e) le

Qui ne présente aucun antécédent médical déclaré ni pathologie actuellement décelable entraînant une contre-indication formelle aux activités de gymnastique dans le cadre de la FFEPGV.

Restrictions éventuelles :

Le

Signature et cachet professionnel