



**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA PRATIQUE  
D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE**

Je soussigné (e), Docteur .....

certifie avoir examiné ce jour :  Mademoiselle     Madame     Monsieur

NOM : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

et n'avoir pas constaté de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique d'une ou des activités physiques et sportives suivantes :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gym, étirements | <input type="checkbox"/> Marche active       |
| <input type="checkbox"/> Pilates         | <input type="checkbox"/> Marche nordique     |
| <input type="checkbox"/> Yoga            | <input type="checkbox"/> Randonnée montagne  |
| <input type="checkbox"/> Gym aquatique   | <input type="checkbox"/> Randonnée raquettes |
| <input type="checkbox"/> Natation        | <input type="checkbox"/> Ski de fond         |

Observations : .....

**Ce certificat est valable 3 ans à compter de la date où il a été établi, uniquement si la licence sportive EPGV est renouvelée chaque année.**

Les deux années qui suivent l'établissement de ce certificat médical d'aptitude, le titulaire de la licence EPGV doit renseigner l'auto-questionnaire de santé (CERFA n° 15699\*01).

Si cet auto-questionnaire comporte une seule case mentionnant un problème de santé, le titulaire est tenu de faire remplir à nouveau le certificat médical d'aptitude par un médecin

Ce certificat médical est établi pour faire valoir ce que de droit et remis en mains propres à l'intéressé.

Date : .....

**Cachet du médecin**

**Signature du médecin**