

ATTESTATION MEDICALE DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE LA GYMNASTIQUE VOLONTAIRE A PARTIR DE 60 ANS (1)

PARTIE A Je soussigné(e), Docteur _____ certifie que (M., Mme) NOM _____ Prénom _____ Age _____ ne présente aucune contre-indication à la pratique d'activités physiques organisées par la FFEPGV pour les personnes de 60 ans et plus.

PARTIE B CONSEILS A L'ANIMATEUR(TRICE)

Précautions particulières à prendre concernant :
(entourer les mentions utiles et préciser au besoin)

L'APPAREIL LOCOMOTEUR

- Colonne vertébrale _____
- Membres inférieurs _____
- Membres supérieurs _____
- Prothèses _____

L'APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

- Fréquence cardiaque à ne pas dépasser _____
- Cœur à ménager _____

L'APPAREIL RESPIRATOIRE

- Essoufflement _____
- _____

L'APPAREIL NEURO-SENSORIEL

- Troubles de l'équilibre _____
- Vertiges _____
- Surdité _____
- Troubles de la vue _____

AUTRES PRECAUTIONS

ATTESTATION DELIVREE A LA DEMANDE DE L'INTERESSE(E) ET REMISE EN MAIN PROPRE

Signature du demandeur

Cachet et signature du médecin

Date

(1)   l'exclusion de stages intensifs ou d'activités physiques particulières pour lesquelles le certificat d'aptitude à la pratique du sport est exigé.

NOTE AUX ANIMATEUR(TRICE)S

Après avoir pris connaissance de cette attestation, veuillez la conserver à la section. En cas d'incident survenant en séance, prévenez le médecin départemental, n'oubliez pas, pour un contact éventuel, de joindre votre adresse. La COMED

p
o
u
r