

CERTIFICAT MÉDICAL de NON CONTRE-INDICATION APPARENTE
à la PRATIQUE D'UNEACTIVITÉde
GYMNASTIQUE PRÉVENTIVE de KINÉSITHÉRAPIE

Nom : Prénom :
.....

Date de naissance :.....

- **Marche Nordique Physiologique :**
Marche avec bâtons en petit groupe, dans un parc urbain, avec échauffements, exercices d'entretien articulaire et musculaire, étirements
- **École Du Dos :**
Gymnastique d'entretien articulaire, décompressive pour les articulations de la colonne vertébrale
et stimulant les muscles profonds
- **École Du Ventre et Pilates Thérapeutique:**
Gymnastique non génératrice de pression autour de la posture, du gainage abdominal et périnéal.
- **Garuda:**
Gymnastique douce et tonifiante, enchaînements de postures pour trouver tonicité et fluidité.
- **Atelier Équilibre :**
Ateliers avec ou sans matériel pour renforcer l'équilibre et créer un environnement sécurisé.

TOUTES CES ACTIVITÉS SONT ENCADRÉES PAR UN KINÉSITHÉRAPEUTE DIPLÔMÉ
D'ETAT

Je certifie que la personne mentionnée ne présente pas contre-indication apparente à la pratique des activités cochées. Certificat délivré pour une durée de 2 ans

Le :
Nom du médecin et signature :

Ce document est un simple certificat et n'ouvre pas au remboursement des activités par l'assurance maladie.