

# 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 pourra, ainsi, évaluer les incidents ou accidents survenus au plus de 60 ans.