

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

**PARTIE A** Je soussigné, docteur \_\_\_\_\_ certifie que  
(M., Mme) NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_  
ne présente aucune contre-indication à la pratique d'activités physiques organisées par la  
F.F.E.P.G.V. 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 supérieurs \_\_\_\_\_
- Membres inférieurs \_\_\_\_\_
- Prothèses \_\_\_\_\_

*L'APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE*

- Fréquence cardiaque à ne pas dépasser \_\_\_\_\_
- Coeur à ménager \_\_\_\_\_

*L'APPAREIL RESPIRATOIRE*

- Essoufflement \_\_\_\_\_

*L'APPAREIL NEURO-SENSORIEL*

- Troubles de l'équilibre \_\_\_\_\_
- Vertiges \_\_\_\_\_
- Surdité \_\_\_\_\_
- Troubles de la vue \_\_\_\_\_

*AUTRES PRECAUTIONS*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ATTESTATION DÉLIVRÉE A LA DEMANDE DE L'INTÉRESSÉ 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 ANIMATEURS(TRICES)**

Après avoir pris connaissance de cette attestation, veuillez l'adresser à votre Médecin Fédéral Départemental, dont l'adresse figure au recto. En cas d'incident survenant en séance, envoyez-lui un court rapport sur celui-ci. N'oubliez pas, pour un contact éventuel, d'y joindre votre adresse. La COMED pourra, ainsi, mieux apprécier l'état de santé de nos G. V. Merci.