

# A L'ATTENTION DU MEDECIN

Au-delà de son aspect administratif, le document que nous vous soumettons a pour objectif de permettre la pratique sportive de votre patient en toute sécurité.



NFCB asbl  
Rue de la Bienfaisance 7 - bte 4  
1210 BRUXELLES

Site WEB : [www.nfcb.be](http://www.nfcb.be)  
Contact : [info@nfcb.be](mailto:info@nfcb.be)

Collez ici la vignette Mutuelle

## Certificat médical d'aptitude physique

Année : **2019** (Saison sportive 2018-2019)

Club sportif : NFCB asbl (Nordic Fitness Center Brussels)

Je soussigné ..... docteur en médecine,  
déclare par la présente avoir interrogé et examiné personnellement ce jour :

*(A compléter lisiblement EN IMPRIME)*

Madame, Monsieur : ..... Prénom : .....

*(Nom de jeune fille pour les femmes mariées)*

Adresse : .....

Né(e) le : ..... Téléphone : .....

E-mail :

Il /elle ne présente pas, actuellement, sur base des examens réalisés, de contre-indication à la pratique des activités organisées dans le cadre de la Marche Nordique et activités associées (Nordic skating, renforcement musculaire avec élastiques, entraînement cardio, Pilates).

Recommandations : .....

Cachet du médecin

Fait à ....., le .....

Signature : .....