

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.



Collez ici la vignette Mutuelle

NFCB asbl - Rue de la Bienfaisance 7-bte 4 - 1210 -BRUXELLES
Site WEB : www.nfcb.be - Contact : info@nfcb.be

Certificat médical d'aptitude physique

Année : **2020** (Saison sportive 2019-2020)

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 :