



**ATTESTATION SUR L'HONNEUR D'APTITUDE PHYSIQUE POUR LA PERSONNE
QUI A FOURNI UN CERTIFICAT MEDICAL EN SEPTEMBRE 2025**

IDENTITE	
Nom	Prénom
Adresse	
Code postal	Commune
Téléphone	

ACTIVITES LOISIRS CONCERNEES (cochez la case correspondante)	
GYM AQUATIQUE	
NATATION ADULTE	

☐ Je déclare ne pas présenter de contre-indication médicale pour participer aux activités ci-dessus, organisées par la CNVB, et dégage toute responsabilité de l'organisateur de ces activités.

☐ J'ai pris connaissance des risques afférents à la pratique sportive de loisirs, et du fait qu'un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive n'est pas obligatoire (conformément aux dispositions des articles L. 231-2 et suivants du Code du Sport) mais que celui-ci m'est conseillé afin de garantir mon état de santé. Je ne souhaite, néanmoins, pas produire de certificat médical, sous mon entière responsabilité.

☐ Cette attestation est valable pour l'ensemble de la saison, soit jusqu'au mois de Juin 2027. A la fin de sa période de validité, je déciderais, ou non, de la renouveler à la suite d'un examen médical.

Date / /

Transcrire la mention « certifiée pour faire valoir »

Signature